

DIE AUFKLÄRUNGSPFLICHT AUS DER SICHT DES ARZTES

Georg H e ß

1975



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554413_0097

DIE AUFKLÄRUNGSPFLICHT AUS DER SICHT DES ARZTES

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,

den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von

Georg Heß

aus Koblenz

Fachbereichsdekan:

Professor Dr. P. Klein

Referent:

Professor Dr. J.G. Gostomzyk

Korreferent:

Professor Dr. H. Leithoff

Tag der mündlichen Prüfung:

18. Juni 1975

Gesamtherstellung



DITTERS BÜRODIENST

6501 HEIDESHEIM/RHEIN

AM KAPELLCHEN 1 · RUF 06132/5711



INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. ASPEKTE ZUR AUFKLÄRUNGSPFLICHT	1
II. AUFKLÄRUNG IN DER ÄRZTLICHEN PRAXIS	10
1. Fragebogen	11
2. Auswertung des Fragebogens	16
3. Ergebnisse der Umfrage	16
a) Rücksendungsquoten	16
b) Angaben zur Person	17
4. Aufklärung über die Therapie	19
5. Aufklärung über mögliche Folgen der Behandlung	21
6. Aufklärung bei ängstlichen Patienten und bei Gefährdung des Heilerfolges durch die Aufklärung	30
7. Aufklärung über die Diagnose	32
8. Angehörigenaufklärung	39
9. Bestätigung der Aufklärung und der Einwilligung zur Behandlung	41
10. Der Patient (Beurteilung des Patienten, sein Verhältnis zum Arzt)	43
11. Beurteilung der Aufklärungspflicht	47
12. Das Bild des Arztes von sich selbst (nach den Antworten zum Fragebogen)	50
III. ABSCHLIESSENDE DISKUSSION	53
IV. ZUSAMMENFASSUNG	57
V. TABELLEN UND ABBILDUNGEN	60
VI. SCHRIFTTUM	89

I. ASPEKTE ZUR AUFLÄRUNGSPFLICHT

Nach ständiger Rechtsprechung des Reichsgerichtes und des Bundesgerichtshofes ist der Arzt verpflichtet, seine Patienten über ihre Leiden, Anlaß und Umfang der Behandlung sowie über deren sichere und mögliche Folgen aufzuklären.

Mißachten dieser Pflicht kann zivil- und strafrechtliche Folgen nach sich ziehen.

Die rechtlichen Grundlagen dazu bilden:

der § 223 (1) StGB (leichte Körperverletzung):

(1) Wer vorsätzlich einen anderen körperlich mißhandelt oder an der Gesundheit beschädigt, wird wegen Körperverletzung mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft;

der § 223 a StGB (gefährliche Körperverletzung mit Freiheitsstrafen bis zu fünf Jahren),

der § 224 StGB (schwere Körperverletzung mit Freiheitsstrafen zwischen einem Jahr und fünf Jahren),

der § 226 StGB (Körperverletzung mit tödlichem Ausgang mit Freiheitsstrafen nicht unter drei Jahren);

im zivilrechtlichen Bereich der § 847 BGB (Schmerzensgeld) sowie der § 823 BGB:

I. Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

II. Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalte des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so trifft die Ersatzpflicht nur im Falle des Schuldens ein.

Das Merkmal der Verletzung des Körpers im Sinne des § 823 BGB erfüllt jede ärztliche Behandlung, die in die körperliche Substanz eingreift. Sie ist tatbestandsmäßig eine Körperverletzung im Sinne der §§ 223 ff. StGB.¹

Nach GRÜNWALD¹ gilt das für die indizierte und kunstgerechte Behandlung ebenso wie

¹ GRÜNWALD, Gerald Die Aufklärungspflicht des Arztes in:
Zeitschrift der ges. Strafrechtswissenschaft, Band 73, S. 5 ff.

für die fehlerhafte, für die gelungene ebenso wie für die mißglückte, und es kommt nicht darauf an, ob irgendwelche dauernden Folgen zurückbleiben oder ob der Körper in seiner vollen Integrität wiederhergestellt wird.

Die rechtlich wirksame Einwilligung ist nach Ansicht des BGH die einzige Rechtfertigung für den ärztlichen Eingriff. Rechtlich wirksam wird die Einwilligung durch eine ausreichende Aufklärung durch den Arzt.

Nach der Entscheidung des BGH hat der Patient gegenüber dem Arzt das Recht, ihn für Vermögensschäden haftbar zu machen, die als Folge der Behandlung aufgetreten sind, wenn der Arzt der Verpflichtung zur Aufklärung nicht nachgekommen ist oder die Behandlung nicht kunstgerecht durchgeführt hat.

Treten beim Patienten keine nachteiligen Folgen der Behandlung auf, kann er Schmerzensgeld vom Arzt fordern. Eine Ausnahme bildet nach Ansicht des BGH lediglich der Fall, daß bei indizierter und kunstgerechter Behandlung der eingetretene Schaden mit Sicherheit auch ohne den Eingriff entstanden wäre. Allein in diesem Fall ist der Arzt nicht zum Ersatz des entstandenen Schadens verpflichtet.

Der Artikel 2 Abs. 2 GG (Selbstbestimmungsrecht) wird bisweilen ebenfalls als rechtliche Grundlage für die Aufklärungspflicht aufgeführt.²

Da das GG nicht den Rechtsverkehr der Bürger untereinander regelt, kann der betreffende Artikel jedoch lediglich als übergeordnete Norm für die anderen Vorschriften gelten.

Das erste Urteil zur Aufklärungspflicht datiert aus dem Jahre 1894³. Es behandelt den Fall eines siebenjährigen Mädchens, das an einer tuberkulösen Vereiterung der Fußwurzelknochen erkrankt war. Der behandelnde Arzt amputierte den Fuß gegen den Willen des Vaters, der sich als Anhänger der Naturheilkunde grundsätzlich gegen jede Operation wandte. Die Operation war erfolgreich, das Mädchen wurde von der Tuberkulose geheilt.

Das Reichsgericht als oberste Instanz stellt hierzu fest, "daß der Rechtsgrund für die Straflosigkeit der mit Einwilligung ausgeführten Operation einzig und allein in der Thatsache der Einwilligung zu suchen sei."

² BOCKELMANN, Paul Strafrecht des Arztes
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1968, S. 50

³ RGSt 25, 375 ff.

Die Handlungsweise des Arztes beurteilt das Reichsgericht so: "das mag medizinisch gerechtfertigt und menschlich im höchsten Maße entschuldbar gewesen sein, strafrechtlich hat Angeklagter normwidrig gehandelt und ein nach §§ 223 ff. StGB zu ahnendes Delikt verübt."

Interessant, wenn auch für die zitierte³ Entscheidung unerheblich, ist die Feststellung des Reichsgerichtes, wer die Heilkunde betreiben dürfe: "Innerhalb des heute geltenden Rechtes Deutschlands ist der Betrieb der Heilkunde ein freies Gewerbe, das jedermann ohne Rücksicht auf Kenntnisse, Vorbildung, Erfahrung, Geschick, Verleihung offen steht. Den "Beruf" hierfür besitzt jeder, der sich selbst solchen Beruf zuschreibt."

Alle folgenden Urteile des Reichsgerichtes und des Bundesgerichtshofes haben sich auf das genannte Urteil bezogen.

Eines der neuesten Urteile des Bundesgerichtshofes zur Aufklärungspflicht⁴ behandelt den Fall eines sechzehnjährigen Mädchens, bei dem nach Bestrahlung von vier Warzen an der linken Hand mit der Chaul'schen Nahstrahlapparatur an den Bestrahlungsstellen Ulzerationen, Gewebstrophien, Teleangiektasien und gesteigerte Empfindlichkeit auftraten. Solche Komplikationen treten bei dieser Behandlung nur mit geringer Wahrscheinlichkeit auf.

Nach Klage der Patientin u.a. wegen Verletzung der Aufklärungspflicht entschied der Bundesgerichtshof grundsätzlich:

"Die Pflicht des Arztes zur Aufklärung über die Möglichkeit schädlicher Folgen eines Eingriffes ist um so weitgehender, je weniger der Eingriff aus der Sicht eines vernünftigen Patienten vordringlich oder geboten erscheint; daher kann sich nach den Umständen eine Aufklärungspflicht auch ergeben, wenn die Wahrscheinlichkeit erheblicher Folgen zahlenmäßig sehr gering ist."

Dieses Urteil, das eine erhebliche Ausweitung der Forderung an die Aufklärungspflicht beinhaltet, bezeichnet der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV)⁵ als kurzsichtig, praxisfern und gefährlich. Eine erhebliche Behinderung der täglichen ärztlichen Arbeit sei zu befürchten.

⁴ Fam RZ 1972, S. 89 ff.

⁵ in Europäischer Ärztlicher Informationsdienst eurinform 4/1972 vom 16.1.1972 sowie FAZ vom 17.1.1972

Diese Stellungnahme des NAV ist eine der letzten Stellungnahmen von Seiten der Ärzte, die sich kritisch mit der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auseinandersetzen.

GRÜNWALD⁶ weist darauf hin, daß bei der Diskussion über die Aufklärungspflicht es sich für die Ärzte ja nicht um eine theoretische Auseinandersetzung darüber handele, was geboten und richtig sei. Sobald ein konkreter Fall zu beurteilen sei, so meint er, ende das "Streitgespräch" zwischen Ärzten und Juristen mit einem Urteil gegen den Arzt.

Die Aufklärungspflicht berührt das Arzt-Patient-Verhältnis grundlegend. Die Begegnung zwischen Arzt und Patient ist primär bilateral.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient kann - modellartig - in zwei Formen bestehen. Der Arzt kann seinem Patienten als väterlicher Freund gegenübertreten und genießt dabei das volle Vertrauen des Patienten. LIPROSS⁷ meint, daß dies in der Wirklichkeit des Alltags der häufigste Fall sei. Die Ursache dafür sieht er darin, daß die meisten Patienten zur Heilung eine Respektperson nötig haben; sie wünschen durch eine Autorität geführt zu werden.

Die andere Möglichkeit der Begegnung zwischen Arzt und Patient ist eher als partnerschaftlich zu charakterisieren. Der Arzt wird vom Patienten als Sachverständiger gewertet, der ihm mit einem fachspezifischen Informationsvorsprung gegenübertritt, der durch das Wissen um das Wesen der Erkrankung des Patienten begründet ist.

Das Vertrauen des Patienten zum Arzt gründet sich hauptsächlich darauf, daß der Arzt die Kommunikationslücke durch die Aufklärung ausfüllt (FINZEN)⁸.

Auch der Hippokratische Eid und der § 300 StGB (Schweigepflicht) helfen mit, das Vertrauen des Patienten zum Arzt zu stärken.

Zerbricht das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, wobei hierbei nur auf die Verletzung der Aufklärungspflicht eingegangen werden soll, kann sich durch Einbeziehung des Juristen ein Dreiecksverhältnis bilden (siehe auch Abb. 1). Dem Juristen kommt dabei die Rolle des Schiedsrichters zu. Durch Rekonstruktion der Rollenverteilung im Ver-

⁶ GRÜNWALD, Gerald Die Aufklärungspflicht des Arztes in:
Zeitschrift der ges. Strafrechtswissenschaft, Band 73, S. 5 ff.

⁷ LIPROSS, O. Medizin und Heilerfolg
Fischer Bücherei, Frankfurt, Hamburg, 1971

⁸ FINZEN, A. Arzt, Patient und Gesellschaft
Medizin in Geschichte und Kultur, Bd. 10,
Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart

hältnis zwischen Arzt und Patient und unter Berücksichtigung der medizinischen Daten macht sich der Jurist ein Bild über den Patienten und den Arzt. In seiner normativen Denkweise wird er versuchen, das Verhalten von Patient und Arzt so zu deuten, daß es juristischen Normen zugeordnet werden kann.

GRÜNWALD⁹ charakterisiert das Bild des Patienten, das hier "Normpatient" genannt werden soll und nach seiner Ansicht von bestimmten Sollensforderungen bestimmt ist, so: "... das Bild des Menschen, der sich von äußeren Geschehnissen und von inneren Motiven und Ängsten nicht überwältigen läßt, dessen Einsicht und Wille vielmehr all das, was ihn von außen und aus den tieferen Schichten der Persönlichkeit bedrängt, beherrscht und lenkt. In dieses Bild fügt sich die Vorstellung ein, das Bewußtsein von der Schwere eines Leidens werde den Willen auslösen, es zu überwinden. In dieses Bild paßt auch die Vorstellung, daß ein höheres Alter und Intelligenz den Menschen besonders befähigen, Krisensituationen zu überstehen."

Dieses Menschenbild, das sich besonders im Strafrecht niederschlägt, führt in Verbindung mit den §§ 223 ff. StGB im Strafrecht und § 823 BGB im Zivilrecht zu den Auffassungen, die die oberste Rechtsprechung zur Aufklärungspflicht ständig vertreten hat.

Die Motivation für das Einschalten des Juristen bei Verletzung der Aufklärungspflicht sieht GOSTOMZYK¹⁰ in der folgenden tiefenpsychologischen Deutung:

"Der Patient vertraut dem Arzt, dem väterlichen Freund, seine Leiden und Schwächen an und gewährt ihm häufig auch Einblick in seine geheimen Wünsche und Absichten. Erweist sich diese gewählte Vaterfigur nun als unfähig, die Leiden zu heilen, so sind verschiedene Reaktionen des Patienten möglich:

1. Er sucht sich einen potenteren Vater; er wechselt den Arzt.
2. Es ist aber auch möglich, daß die Frustration in Agression mündet. Glücklicherweise sind die Fälle der Anwendung physischer Gewalt gegen den Arzt selten.
3. Es ist aber auch ein ritueller Vatermord durch Anwendung nicht physischer Gewalt möglich. Ist der Patient selbst nicht in der Lage, gegen den Arzt vorzugehen, so tun

⁹ GRÜNWALD, Gerald Die Aufklärungspflicht des Arztes in: Zeitschrift der ges. Strafrechtswissenschaft, Band 73, S. 5 ff.

¹⁰ GOSTOMZYK, J.G. Die Aufklärungspflicht aus der Sicht des Arztes
Manuskript des Habilitationsvortrages, 1972

dies die nächsten Angehörigen im Sinne der Blutrache der Sippe. Als Verbündeter findet sich sehr leicht der Vertreter des "Obersten Gesetzes". Das war im alten Klan der Stammesälteste, in der modernen Gesellschaft wurde diese Rolle von den Juristen übernommen. Dem Vertreter des "Obersten Gesetzes" ist der Mediziner wegen seines hohen gesellschaftlichen Ansehens und seiner unmittelbaren Nähe zu Krankheit, heilenden Kräften, Göttern und Tod ohnehin suspekt. Er wird gerne die Gelegenheit benutzen, um zu beweisen, wer in der Gemeinschaft der Mächtigere ist, wer die letzte Entscheidungsgewalt besitzt."

Die Ansicht GOSTOMZYK's über das Machtbewußtsein des Juristen wird bestärkt durch eine Erklärung des BGH¹¹: "Die Nachprüfung der Frage, ob der Arzt seiner Aufklärungspflicht genügt hat und der Patient rechtswirksam in die Behandlung eingewilligt hat, kann dem Richter aber nicht entzogen werden."

Neben dem Motiv der "Rache am impotenten Vater" scheint für den klagenden Patienten auch der materielle Vorteil von Bedeutung zu sein. Der materielle Vorteil als Klagegrund kann auch als Zeichen der Überwindung des "Vaters" gedeutet werden, der Patient wird dessen "Erbe".

Anhaltspunkte dafür gibt die Zusammenstellung von 13 Entscheidungen des Strafsenates¹² und 11 Entscheidungen des Zivilsenates¹³ des Reichsgerichtes bzw. des Bundesgerichtshofes, die nicht gesondert ausgewählt wurden.

Bei den geprüften Entscheidungen in Strafsachen erfolgte in 12 Fällen die Anklage wegen Kunstfehler. Der Ankläger bemängelte also entweder die fehlende Indikation bei einem sonst sachgemäß ausgeführtem Eingriff, oder er hielt den Eingriff selbst für nicht sachgemäß durchgeführt.

Indikation, kunstgerechte Durchführung und Einwilligung des Patienten mit vorheriger Aufklärung sind bekanntlich für eine rechtmäßige Heilbehandlung notwendig (s. auch Abb. 2).

¹¹ BGHZ 29, 46, 57

¹² RGSt 25, 275 ff., RGSt 38, 35 ff., RGSt 50, 37 ff., RGSt 66, 181 ff., RGSt 74, 91 ff., RGSt 67, 18 ff., RGSt 74, 350 ff., BGHSt 6, 283 ff., BGHSt 11, 111 ff., NJW 1960 S. 2253 ff., NJW 1961 S. 2068 ff., BGHSt 19, 201 ff..

¹³ RGZ 78, 432 ff., RGZ 163, 129 ff., RGZ 168, 206 ff., Vers.R. 1956 S. 406 ff., Vers.R. 1956 S. 449 ff., BGHZ 29, 34 ff., Vers.R. 1956 S. 479 ff., BGHZ 29, 46 ff., BGHZ 29, 176 ff., Fam. RZ 1970 S. 89 ff., NJW 1971 S. 1887 ff..

In einem Fall ¹⁴ monierte der Ankläger, daß der Arzt den Eingriff erweitert habe (statt des Myoms hatte der Arzt den gesamten Uterus extirpiert, was sich nachträglich als medizinisch durchaus indiziert herausstellte), ohne die Einwilligung der Patientin dazu zu besitzen.

In 12 Fällen erfolgte eine Verurteilung.

Bei Durchsicht der Entscheidungen in Zivilsachen fällt auf, daß in allen Fällen der Patient durch Komplikationen der Behandlung in einem mehr oder weniger großen Umfang geschädigt wurde. In allen Fällen stützte sich die Klage auf Kunstfehler und Verletzung der Aufklärungspflicht. In keinem Fall erfolgte eine Verurteilung wegen Kunstfehlers; in 8 Fällen wurde ein Kunstfehler für nicht erwiesen erachtet; in 2 Fällen wird zur Frage des Kunstfehlers wegen Vorliegen einer Verletzung der Aufklärungspflicht nicht abschließend Stellung genommen; in einem Fall erfolgte Rückverweisung zur erneuten Prüfung des Kunstfehlers.

In diesem Zusammenhang ist die Lage der Beweislast von besonderer Bedeutung.

Im Zivilrecht hat nach allgemeinen Grundsätzen der Patient den objektiven Tatbestand der unerlaubten Handlung zu beweisen. Dazu gehören der eingetretene Schaden, das willensabhängige, selbsttätige und beherrschbare Handeln des Arztes ¹⁵ und der adäquat kausale Zusammenhang zwischen dem konkreten Haftungsgrund und dem eingetretenen Schaden ¹⁶.

Die Beweislast der Aufklärung dagegen liegt beim Arzt, wenn dieser erklärt, daß der Patient eingewilligt habe ¹⁷.

¹⁴ BGHSt 11, 111 ff.

¹⁵ ERMAN, W.

Handkommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch Bd. 1
Anm. 8 b aa vor § 823 BGB in Palandt, Bürgerliches
Gesetzbuch 27. Aufl., München 1968
Anm. 13 zu § 823 BGB

KLEINWEFERS, W.

Zum Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Patient,
in Vers.R. 1963 S. 297, 304

¹⁶ BGHZ 42, 118, 124

¹⁷ KLEINWEFERS, W.

Zum Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Patient,
in Vers.R. 1963 S. 297, 304

KOHLHAAS¹⁸ und andere weisen auf die Beweisnot des Anklägers im Strafprozeß und des Klägers im Zivilprozeß hin. Im Allgemeinen ist der Beweis, daß ein Kunstfehler zum unglücklichen Erfolg geführt habe, schwerer zu führen als der mangelnde Aufklärung.

Über die Häufigkeit von Schadensersatzklagen in den USA berichtete die FAZ in ihrer Ausgabe vom 28. Juni 1972.

Danach müssen zwei von fünf Chirurgen in den Vereinigten Staaten mit einer Kunstfehlerklage rechnen - in der Rechtsprechung in den USA spielt die Aufklärung des Patienten kaum eine Rolle, dagegen werden an die kunstgerechte Behandlung hohe Ansprüche gestellt.

20 % aller Klagen werden von den Anwälten der Patienten in Gang gebracht, wie diese Umfrage des American College of Surgeons zeigt.

Weiter geht aus der Umfrage hervor, daß 90 % der Entschädigungssummen unter 100.000 Dollar und 68 % unter 10.000 Dollar liegen.

Die Häufigkeit der Klagen scheint zuzunehmen, die Höhe der Entschädigung zu steigen, die Haftpflichtversicherung für Ärzte wurde in den letzten 4 Jahren um 219 % teurer.

Der Versicherungsbetrag pro Bett erhöhte sich in den letzten beiden Jahren von 131 Dollar auf 220 Dollar.

Die Ärzte in den Vereinigten Staaten reagieren mit vermehrten Laboratoriums- und Röntgenuntersuchungen, die zum Teil unnötig sind, Krankheitsgeschichten werden ausführlicher geführt, risikoreiche Untersuchungen unterlassen, es wird eine "defensive Medizin" betrieben.

GRÜNWALD¹⁹ warnt vor einer solchen Reaktion wie sie sich bei den Ärzten in den USA zeigt: "... es wäre gleichermaßen gefährlich, wenn die Furcht vor Richter und Staatsanwalt Ärzte dazu verleiten würde, bei kritischen Entscheidungen den Weg zu wählen, bei dem die Gefahr einer Haftung am geringsten erscheint."

¹⁸ KOHLHAAS, M.

Medizin und Recht

Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 1969, S. 78

¹⁹ GRÜNWALD, G.

Heilbehandlung und ärztliche Aufklärungspflicht in
Arzt und Recht

Verlag C.H. Beck, München, 1966

JANSSEN²⁰, Direktor der Versicherungsgesellschaft Winterthur, rät dagegen den Ärzten: "Solange jedoch die Gerichte an der bisherigen Rechtsprechung festhalten, muß in jedem Fall, selbst bei seelisch labilen Patienten, eine eingehende Aufklärung dringend angeraten werden, da der Arzt sonst mit späteren Schadensersatzansprüchen und unter Umständen sogar mit einem Strafverfahren rechnen muß."

In der DDR, deren Rechtsprechung ebenso wie die der Bundesrepublik auf dem zitierten Urteil von 1894 aufbaut, gelten heute die folgenden Grundsätze für die Aufklärungspflicht:

"Nach der sozialistischen Rechtswissenschaft ist der in Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ausgeführte ärztliche Eingriff keine tatbestandsmäßige Körperverletzung - nach § 1 Abs. 1 StGB der DDR sind Straftaten schuldhaft begangene gesellschaftswidrige oder gesellschaftsgefährliche Handlungen, die nach dem Gesetz als Vergehen oder Verbrechen strafrechtliche Verantwortlichkeit begründen -. Ärztliches Handeln zur Erhaltung der Gesundheit des Menschen ist ein gesellschaftlich positiv zu bewertendes, also weder ein gesellschaftswidriges noch ein gesellschaftsgefährliches Verhalten und damit auch keine Straftat.

Die Aufklärung des Patienten durch den Arzt in den Fällen des sachgemäßen ärztlichen Heileingriffs ist eine moralische Pflicht, eine Frage des ärztlichen Berufsethos.

Unterläßt der Arzt die Aufklärung und die Einholung der Einwilligung in eine sachgemäße Heilbehandlung, obwohl die Umstände dies gestattet hätten, so liegt eine möglicherweise disziplinarisch zu ahnende Pflichtverletzung, nicht jedoch eine Verletzung der Rechtspflicht vor, die sogar strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen könnte²¹.

²⁰ JANSSEN, H. J.

Die Haftpflicht des Arztes in
Handbuch für den Bayerischen Arzt
- Arztrecht - Verlag Bayerische Landesärztekammer, München

²¹ WITTENBECK, S.

Zur Aufklärungspflicht des Arztes in:
Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung,
Veb Gustav Fischer Verlag, Jena, 1971, S. 1213 ff.

II. AUFKLÄRUNG IN DER ÄRZTLICHEN PRAXIS

Über die Frage der Aufklärung des Patienten in der ärztlichen Praxis lagen bisher keine Untersuchungen an einer größeren Gruppe von Ärzten vor.

Es wurde deshalb ein Fragebogen erstellt, der ein breites Spektrum von Fragen zur Aufklärungspflicht enthält.

Der Fragebogen mit 28, zum Teil untergliederten, Fragen wurde mit einem Begleitschreiben im September 1971 in insgesamt 2260 Exemplaren in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Koblenz-Montabaur (1200 ausgesandte Bögen) und Pfalz (1060 ausgesandte Bögen) durch diese versandt.

Die Aussendung des Fragebogens erfolgte mit großzügiger Unterstützung der Sanitätsräte Dr. Schmitz-Formes und Dr. Regula, den damaligen jeweiligen ersten Vorsitzenden der beiden Kassenärztlichen Vereinigungen.

Abb. 5 zeigt die Gebiete der beiden Kassenärztlichen Vereinigungen auf einer Rheinland-Pfalz-Karte.

Der versandte Fragebogen mit Begleitschreiben lautet wie folgt:

INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN
DER JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ

Dir.: Prof. Dr. H. Leithoff

Mainz, im Juli 1971
Universitätsklinik - Bau 18
Langenbeckstraße 1
Ruf 19 2387

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

der folgende Bogen enthält Fragen zur Aufklärung des Patienten durch den Arzt.

Das Ausmaß der Aufklärung des Patienten ist noch umstritten; die Vorstellungen der Juristen und des in der Praxis tätigen Arztes gehen häufig auseinander.

Aufgabe des Fragebogens ist es, die Einstellung des Arztes zur Aufklärung des Patienten und die Durchführbarkeit in der Praxis zu ermitteln. Das Ergebnis soll ein Beitrag sein für weitere Gespräche mit Juristen über die Aufklärungspflicht in der Zukunft.

Eine praxisnahe Auslegung der Rechtsnormen zur Aufklärung des Patienten durch den Arzt ist anzustreben.

Ich bitte Sie deshalb, den Fragebogen möglichst bald vollständig ausgefüllt an mich zurückzusenden. Für die statistische Auswertung ist es notwendig, daß möglichst alle Fragebogen ausgefüllt zurückgesandt werden. Für zusätzliche Meinungsäußerungen zu dem Problem und zur Abfassung des Fragebogens bin ich Ihnen sehr dankbar.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Es ist deshalb gleichgültig, ob Sie den Fragebogen mit Ihrem Namen und Absender oder anonym zurücksenden.

Ich danke Ihnen im voraus für Ihre Mühe.

Mit kollegialem Gruß

gez. Prof. Dr. Leithoff

Anlagen

1 Fragebogen
1 Umschlag

Fragebogen zur Aufklärung des Patienten durch den Arzt.

Anleitung zur Beantwortung der Fragen:

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die zutreffenden Antworten an. Orientieren Sie sich bei der Beantwortung der Fragen an den für Ihre Praxis charakteristischen Gegebenheiten (Patientenstamm, spezielle Erfahrungen). Beantworten Sie auch einzelne, für Sie nicht direkt zutreffende Fragen nach Ihrem Gutdünken.

Füllen Sie bitte den Fragebogen vollständig aus.

Ich bin: ☐ Ärztin ☐ Arzt
☐ Facharzt für:
☐ Praktischer Arzt/Arzt für Allgemeinmedizin
☐ Medizinalassistent

und als (Dienststellung) tätig:

☐ in einer Einzelpraxis
☐ in einer Gemeinschaftspraxis
☐ in einem Krankenhaus bzw. einer Klinik
☐ anderweitig (als Amts-, Werksarzt etc.)

Ich praktiziere seit: ☐ weniger als 5 Jahren
☐ 5 bis 10 Jahre
☐ über 10 Jahre

z. Zeit in einem Ort: ☐ mit weniger als 5000 Einwohnern
☐ mit 5000 bis 30 000 Einwohnern
☐ mit mehr als 30 000 Einwohnern

	im allgemeinen ja	nein	kann mich nicht entscheiden
--	----------------------	------	--------------------------------

1. Ich kläre meine Patienten auf bei schwerem Befund (lebensbedrohliche Zustände, Gefahr von Dauerschäden):

a) unaufgefordert:	☐	☐	☐
b) auf Frage:	☐	☐	☐

2. Patienten mit unheilbarer, progredienter Krankheit teile ich die Diagnose mit:

a) unaufgefordert:	☐	☐	☐
b) auf Frage:	☐	☐	☐

	im allgemeinen ja	nein	kann mich nicht entscheiden
3. Ich kläre meine Patienten auf bei leichtem Befund:			
a) unaufgefordert:	☐	☐	☐
b) auf Frage:	☐	☐	☐
4. In Verdachtsfällen teile ich meinen Patienten die Vermutungsdiagnose mit:			
a) unaufgefordert:	☐	☐	☐
b) auf Frage:	☐	☐	☐
5. Die geplante Therapie lege ich meinen Patienten in großen Zügen dar:			
a) unaufgefordert:	☐	☐	☐
b) auf Frage:	☐	☐	☐
6. Häufige Komplikationen (Häufigkeit über 5 %) der Behandlung teile ich meinen Patienten vor der Behandlung mit:			
a) unaufgefordert:	☐	☐	☐
b) auf Frage:	☐	☐	☐
7. Ich kläre meine Patienten vor der Behandlung über seltene Komplikationen der Behandlung (Häufigkeit unter 5 %) auf:			
a) unaufgefordert:	☐	☐	☐
b) auf Frage:	☐	☐	☐
8. Die Angehörigen kläre ich auf, wenn:			
a) der Patient unheilbar krank ist:	☐	☐	☐
b) der Patient schwer krank ist:	☐	☐	☐
c) der Patient minderjährig (unter 21 Jahre) ist:	☐	☐	☐
d) der Patient ohne Einsicht für das Geschehen ist:	☐	☐	☐
9. Ich halte das Wohl des Patienten für wichtiger als seine Entscheidungsfreiheit:	☐	☐	☐
10. Patienten mit bösartigen Tumoren teile ich die Diagnose mit:			
a) unaufgefordert:	☐	☐	☐
b) auf Frage:	☐	☐	☐

	im allgemeinen ja	nein	kann mich nicht entscheiden
11. Wenn ich von der Schulmedizin abweiche, kläre ich meine Patienten darüber auf:	☐	☐	☐
12. Ich kläre auch auf, wenn ich dadurch eine negative Beeinflussung des Heilerfolges befürchten muß:	☐	☐	☐
13. Ängstliche Patienten versuche ich dadurch zur Behandlung zu bewegen, indem ich den Eingriff verharmlose und auch auf häufigere Komplikationen (über 5 %) nicht hinweise:	☐	☐	☐
14. Bei größeren Eingriffen lasse ich meine Patienten nach der Aufklärung die Aufklärung über die Behandlung bestätigen:			
a) vor Zeugen:	☐	☐	☐
b) schriftlich:	☐	☐	☐
15. Bei größeren Eingriffen lasse ich meine Patienten nach der Aufklärung ihr Einverständnis zur Behandlung erklären:			
a) vor Zeugen:	☐	☐	☐
b) schriftlich:	☐	☐	☐
16. Die meisten Patienten haben heute gute medizinische Kenntnisse:	☐	☐	☐
17. Zeitungs-, Illustriertenartikel, Rundfunksendungen und Fernsehberichte über medizinische Probleme verbessern das medizinische Verständnis des Patienten:	☐	☐	☐
18. Eingehende Aufklärung verbesserte das Patient-Arzt-Verhältnis:	☐	☐	☐
19. Meine Patienten wünschen aufgeklärt zu werden:	☐	☐	☐
20. Meiner Meinung nach besteht die Forderung von juristischer Seite nach der Aufklärungspflicht über Befund, Therapie und Prognose zu Recht:	☐	☐	☐
21. Die Aufklärungspflicht sollte:			
a) beibehalten werden:	☐	☐	☐
b) ganz in das Ermessen des Arztes gestellt werden:	☐	☐	☐

Einige Beispiele:	im allgemeinen ja	nein	kann mich nicht entscheiden
22. Bei der Verordnung von Antikoagulantien (z.B. nach Herzinfarkt) weise ich meine Patienten auf mögliche Blutungen hin:	☐	☐	☐
23. Bei Cortison-Langzeittherapie unterrichte ich meine Patienten über:			
a) erhöhte Infektanfälligkeit:	☐	☐	☐
b) Gefahr eines CUSHING-Syndroms:	☐	☐	☐
c) mögliche Magengeschwüre:	☐	☐	☐
d) Gefahr der Osteoporose:	☐	☐	☐
e) sonstige Komplikationen:	☐	☐	☐
24. Bei Gabe und Verordnung von entsprechenden Medikamenten weise ich hin:			
a) auf Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit:	☐	☐	☐
b) auf erhöhte Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit zusammen mit Alkohol:	☐	☐	☐
25. Über Nebenwirkungen von Röntgenbestrahlung (Narben, Ulcus, Sekundärinfektionen etc.) unterrichte ich meine Patienten:	☐	☐	☐
26. Ich verwende schwach wirkende Präparate unter Ausnutzung des Placeboeffektes:	☐	☐	☐
27. Bei Transfusionen weise ich auf die Möglichkeit hin:			
a) einer Hepatitisinfektion:	☐	☐	☐
b) einer Unverträglichkeitsreaktion:	☐	☐	☐
28. Vor einer Operation nach BILLROTH II kläre ich meine Patienten auf über die Gefahr:			
a) von Beschwerden nach der Nahrungsaufnahme:	☐	☐	☐
b) eines Stumpfkarcinoms:	☐	☐	☐

2. Auswertung des Fragebogens

Zur technischen Vereinfachung wurden die Antwortteile der zurückgesandten Fragebögen auf Lochkarten überschrieben. Ihre Auswertung wurde vom Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation Mainz maschinell durchgeführt.

Die detaillierte Unterteilung einiger Fragen in a) und b) wurde nicht von allen Ärzten hinreichend beachtet. Bei der Auswertung dieser Fragen erwies es sich deshalb als notwendig, die Antworten auf die folgenden 3 Aussagen zu begrenzen: unaufgefordert im Allgemeinen ja, auf Frage im Allgemeinen nein und "Restliche".

Die Antworten, die unter "Restliche" zusammengefaßt sind, werden in Einzelfällen aufgeschlüsselt.

3. Ergebnis der Umfrage

a) Rücksendungsquoten

Von den insgesamt 2260 durch die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen ausgesandten Bögen wurden 1082 (das sind 47,9 % der ausgesandten Bögen) zurückgeschickt.

10 Bögen trafen erst nach Beginn der Auswertung ein.

Ausgewertet wurden insgesamt 1072 (das sind 47,5 % der ausgesandten) Bögen.

Über ein Drittel (38,4 %) der antwortenden Ärzte unterzeichneten ihren Fragebogen oder versahen ihn oder das Rückantwortcouvert mit ihrem Stempel. Die restlichen Antworten blieben anonym.

Im Begleitschreiben war es grundsätzlich freigestellt worden, den Fragebogen anonym oder mit Name und Adresse zurückzusenden.

Die Frage nach dem Geschlecht wurde wie folgt beantwortet:

68,4 % Arzt,

11,5 % Ärztin,

20,1 % keine Angaben.

Tabelle 1 zeigt eine Aufstellung über die Fachrichtung der angeschriebenen Ärzte, aufgeschlüsselt nach den beiden Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Zahlenangaben wurden von den beiden Kassenärztlichen Vereinigungen mitgeteilt.

Tabelle 2 zeigt eine Aufstellung über die Fachrichtung der antwortenden Ärzte.

Es fällt auf, daß der Anteil der Praktischen Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin – im folgenden nur noch Praktische Ärzte genannt – unter den Adressanten 57,1 % bzw. 53,7 % betrug, bei der Rücksendung waren sie mit 48,0 % vertreten. Für die Fachärzte fand sich ein umgekehrtes Bild. Deren Anteil lag bei den ausgesandten Bögen bei 42,9 % bzw. 46,3 % und bei den rückgesandten Bögen bei 51,7 %.

Bei den ausgesandten Bögen lag der Anteil der Chirurgen bei 6,6 % bzw. 4,9 % und bei den rückgesandten Bögen bei 7,5 %.

b) Angaben zur Person

1. über die berufliche Stellung (Selbstständigkeit/angestellte Ärzte):

Wie Abb. 4 verdeutlicht, arbeiteten fast drei Viertel aller antwortenden Ärzte (74,9 %) in der eigenen Praxis, 13,0 % waren in einem Krankenhaus oder einer Klinik tätig, 8,6 % arbeiteten in Klinik bzw. Krankenhaus und Praxis und nur 1,6 % der antwortenden Ärzte waren in einer Gemeinschaftspraxis tätig.

2. zur Dienststellung:

Bei der Frage nach der Dienststellung bezeichneten sich 12,2 % der antwortenden Ärzte als Chefärzte, 0,2 % als Oberärzte, 6,0 % als Belegärzte und 1,1 % als Landärzte. Durch den Aussendungsmodus über die Kassenärztlichen Vereinigungen waren die angestellten Krankenhaus- bzw. Klinikärzte ohne Kassenvertrag von der Fragebogenaktion ausgeschlossen. So erklärt sich, daß unter den antwortenden Ärzten kein Medizinalassistent, kein Assistenzarzt und nur zwei Oberärzte waren.

3. über die Dauer der ärztlichen Tätigkeit:

Die Frage, wie lange sie praktizierten, wurde von den antwortenden Ärzten so beantwortet: 11,0 % gaben an, weniger als 5 Jahre, 12,7 % fünf bis zehn Jahre und 76,0 % über 10 Jahre ärztlich tätig zu sein.

4. über die demographische Struktur des Tätigkeitsbereiches:

Jeweils etwa ein Drittel der antwortenden Ärzte praktizierten in Orten bis zu 5000 Einwohnern (28,4 %), in Orten zwischen 5000 und 30000 Einwohnern (33,1 %) und in Orten über 30000 Einwohnern (38,2 %). Drei Ärzte beantworteten diese Frage nicht.

Abb. 5 zeigt die prozentuale Verteilung des Merkmals "Größenordnung des Ortes der ärztlichen Tätigkeit" für Praktische Ärzte und Fachärzte getrennt.

Fast die Hälfte (46,0 %) der antwortenden Praktischen Ärzte war in Orten bis zu 5000 Einwohnern tätig; in Orten über 30000 Einwohnern praktizierte nur noch knapp ein Viertel (22,2 %) aller antwortenden Praktischen Ärzte. Ein umgekehrtes Verhältnis fand sich bei den an der Umfrage teilnehmenden Fachärzten. Von ihnen waren über die Hälfte (55,5 %) in Orten über 30000 Einwohnern tätig. Nur knapp jeder zehnte antwortende Facharzt arbeitete in einem Ort mit weniger als 5000 Einwohnern.

Der Anteil der "jungen Kassenärzte" (weniger als 5 Jahre ärztlich tätig) unter den antwortenden Ärzten war nach der Größe der Orte kaum unterschiedlich, er betrug 10,5 % in Orten unter 5000 Einwohnern, 10,4 % in Orten zwischen 5000 und 30000 Einwohnern und 11,9 % in Orten über 30000 Einwohnern. Für Ärzte, die zwischen 5 und 10 Jahre praktizierten, betrugen die Anteile am Gesamtkollektiv 8,6 % in Orten unter 5000 Einwohnern, 13,8 % in Orten zwischen 5000 und 30000 Einwohnern und 14,9 % in Orten über 30000 Einwohnern. Der Anteil der über 10 Jahre lang praktizierenden Ärzte unter den antwortenden Ärzten lag zwischen 80,9 % (in Orten unter 5000 Einwohnern) und 73,2 % (in Orten über 30000 Einwohnern).

4. Aufklärung über die Therapie

Die Therapie ist wesentlicher Bestandteil ärztlichen Handelns, Zweck der Therapie ist es, den Patienten von seinen Leiden zu heilen oder diese zu lindern.

Nach dem Willen des BGH soll der Patient über die Grundzüge der Therapie aufgeklärt werden. Der BGH sagt hierzu in einem Urteil vom 16.1.1959²²:

"Eine wirksame Einwilligung würde bei sonst ordnungsgemäßer Durchführung der Therapie eine Haftung für unvermeidliche Folgen der Behandlung ausschließen²³. Sie setzt aber voraus, daß der Patient Art, Bedeutung und Folgen des Eingriffs, wenn auch nicht in allen Einzelheiten, so doch in seinen Grundzügen, erkannt hat. Zutreffende Vorstellungen über Wesen und Tragweite eines ärztlichen Eingriffs kann sich ein Kranker regelmäßig nur bilden, wenn ihm vom Arzt das Wesentliche über die vorgesehene Behandlung mitgeteilt wird, es sei denn, er wäre mit den Gefahren der einzuschlagenden Behandlungsmethode vertraut."

Zwei Fragen des Fragebogens befassen sich mit der Aufklärung über die Therapie. Sie lauten:

1. Die geplante Therapie lege ich meinen Patienten in großen Zügen dar.
 - a) unaufgefordert
 - b) auf Frage (Frage Nr. 5)
2. Wenn ich von der Schulmedizin abweiche, kläre ich meine Patienten darüber auf. (Frage Nr. 11)

zu 1.:

Wie Abb. 6 zeigt, klärten 84,8 % der antwortenden Ärzte ihre Patienten unaufgefordert über die Grundzüge der Therapie auf, 1,3 % lehnten die Aufklärung darüber auch auf Frage ab. 5,4 % schwiegen von sich aus zum Gang der Therapie, teilten sie aber auf Frage mit.

88,1 % der weniger als 5 Jahre praktizierenden Ärzte, 89,0 % der zwischen 5 und 10 Jahre und 83,7 % der über 10 Jahre tätigen Ärzte antworteten, daß sie unaufgefordert ihre Patienten über den Gang der Therapie aufklären würden.

²² BGHZ 29, 176, 180

²³ BGH Vers.R. 1954 S. 496; BGH RGRK 10. Aufl. Vorbem. IV 3 b vor § 611

Die Antworten der befragten Ärzte zeigen, daß sie die Ansichten und Forderungen des BGH überwiegend teilen und befolgen.

zu 2.:

Es gaben 48,3 % aller antwortenden Ärzte an, daß sie ein Abweichen von der Schulmedizin dem Patienten mitteilen, 29,6 % verneinten die Frage (Abb. 7).

Unter den antwortenden Ärzten klärten mehr Praktische Ärzte (50,5 %) als Fachärzte (45,9 %) bei Abweichen von der Schulmedizin auf, doch war auch der Anteil der Praktischen Ärzte (35,8 %) größer als der der Fachärzte (23,1 %), die die Aufklärung hierüber eindeutig ablehnten.

Die Aufgliederung der zustimmenden, ablehnenden und nicht eindeutig entschiedenen Stellungnahmen zum Problem der Aufklärung über geplante Abweichungen von der Schulmedizin und der Dauer der ärztlichen Tätigkeit, wie sie den in Abb. 8 dargestellten Zahlen zugrunde liegt, ergab keine interpretierbaren Unterschiede zwischen den definierten Teilkollektiven.

Einige Ärzte betonten, daß sie nicht von der Schulmedizin abweichen.

Ein Homöopath wußte nicht genau zu sagen, ob seine Behandlungsmethoden zur Schulmedizin zu rechnen sind. Er klärte seine Patienten jedoch über seine besondere Heilmethode auf.

5. Aufklärung über mögliche Folgen der Behandlung

Neben der Mitteilung von sicheren Folgen der Behandlung ist der Arzt verpflichtet, auch auf mögliche Folgen der Behandlung hinzuweisen.

Der Bundesgerichtshof ²⁴ führt zum Umfang der Aufklärung bei möglichen Folgen der Behandlung aus:

"Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes kommt eine Aufklärung nur bei typischen Gefahren einer Behandlung, also bei Gefahren in Betracht, die mit ihr verbunden zu sein pflegen und mit deren Eintreten nach dem Stande ärztlicher Erfahrung und Wissenschaft gerechnet werden muß." Auf alle denkbaren Nebenwirkungen muß nicht hingewiesen werden. ²⁵ "Vielmehr ist allgemein anerkannt, daß es nicht Aufgabe des Arztes ist, den Patienten auf die Gefahren aufmerksam zu machen, deren Abwendung beim gegenwärtigen Stand der Operationstechnik ohne nennenswerte Schwierigkeiten möglich ist. ²⁶ Ebenso wenig ist es erforderlich, den Patienten darauf hinzuweisen, daß auch die geringfügigsten Eingriffe unter ungünstigen Verhältnissen trotz Beachtung aller Vorsichtsmaßnahmen zu irgendwelchen Komplikationen führen können. Das weiß im allgemeinen jeder Patient und bedarf keines besonderen Hinweises." ²⁷

In dem gleichen Urteil ²⁸ heißt es weiter:

"Auch über typische Schäden einer Behandlung bedarf es keiner Belehrung, wenn sie nur in entfernt seltenen Fällen auftreten und anzunehmen ist, daß sie bei einem verständigen Patienten für seinen Entschluß, in die Behandlung einzuwilligen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen."

In einem neueren Urteil ²⁹ wurde die Frage zur Komplikationsaufklärung erneut überprüft und präzisiert.

²⁴ BGHZ 29, 46, 57

²⁵ NEIDHARDT, K. und
MÜLLER, G.

Behandlungsrecht des Arztes und ärztliche Aufklärungspflicht in der Sicht des Arztes und des Juristen in:
NJW 1956, S. 1097 ff.

²⁶ SCHMIDT, E.

Der Arzt im Strafrecht, Leipzig, 1939, S. 38

²⁷ Vers.R. 1956, S. 479

²⁸ BGHZ 29, 46, 60

²⁹ Fam. RZ 1972, S. 89 f.

Der Bundesgerichtshof vertritt nunmehr die Auffassung, daß, wenn erhebliche Komplikationen auftreten - und erhebliche Komplikationen stehen bei der Frage der Aufklärung im Vordergrund - es regelmäßig nicht Sache des Arztes, sondern des Patienten ist, über die Eingehung eines solchen Risikos zu entscheiden. Es heißt weiter: "Auch die Zweifel des OLG, ob unterhalb einer Komplikationsdichte von 1 % eine Aufklärung überhaupt erforderlich sein könne, sind demnach nicht gerechtfertigt. Nach der im Berufungsurteil herangezogenen Rechtsprechung des BGH³⁰ kann von einer Aufklärung regelmäßig nur dann abgesehen werden, wenn diese Möglichkeit bei einem verständigen Menschen für seinen Entschluß, in die Behandlung einzuwilligen, ernsthaft nicht ins Gewicht fallen kann."

Der Fragebogen enthält zwei allgemeine Fragen zur "Komplikationsaufklärung". Sie lauten:

1. Häufige Komplikationen (Häufigkeit über 5 %) der Behandlung teile ich meinen Patienten vor der Behandlung mit:
a) unaufgefordert b) auf Frage (Frage Nr. 6)
2. Ich kläre meine Patienten vor der Behandlung über seltene Komplikationen der Behandlung (Häufigkeit unter 5 %) auf:
a) unaufgefordert b) auf Frage (Frage Nr. 7)

zu 1.:

Etwa zwei Drittel (64,1 %) aller antwortenden Ärzte äußerten ihre Zustimmung dazu, den Patienten die Gefahr möglicher häufiger Komplikationen mitzuteilen, 2 % wollten das nicht unaufgefordert tun, ließen es aber offen, ob sie häufige Komplikationen auf Frage mitteilen würden. 28,1 % der antwortenden Ärzte hielten die Aufklärung über häufige Komplikationen erst auf ausdrückliches Ersuchen des Patienten für gerechtfertigt. 2,7 % lehnten jede Aufklärung über häufige Komplikationen - auch auf Frage - grundsätzlich ab (Abb. 6).

zu 2.:

Aus Abb. 6 ist ebenfalls zu ersehen, daß unter den antwortenden Ärzten nur 21,6 % bereit waren, ihre Patienten über seltene Komplikationen der Behandlung aufzuklären; 8 % verneinten diese Frage grundsätzlich.

Die Übrigen verhielten sich differenzierter.

³⁰ BGHZ 29, 46, 60

8,6 % der antwortenden Ärzte lehnten die Aufklärung über seltene Komplikationen ohne Aufforderung durch den Patienten ab und gaben ihre Haltung auch bei Frage nicht an. Über die Hälfte der an der Umfrage teilnehmenden Ärzte (57,6 %) war erst auf Frage bereit, dem Patienten auch über seltene Komplikationen der Behandlung Mitteilung zu machen.

Die Komplikationsaufklärung war bei denjenigen der antwortenden Ärzte, die in Einzelpraxen tätig waren, häufiger als bei den Krankenhausärzten.

66,5 % der niedergelassenen Ärzte und nur 57,6 % der Krankenhausärzte klärten unaufgefordert bei häufigen Komplikationen der Behandlung auf; für die Aufklärung über seltene Komplikationen der Behandlung lagen die Quoten zustimmender Antworten bei 24,3 % bzw. 14,4 % (für unaufgeforderte Antworten).

Wegen der großen Bedeutung des Fragenkomplexes "Komplikationsaufklärung" wurden die beiden allgemeinen Fragen durch einige Beispiele ergänzt.

Die Fragen lauten:

1. Bei der Verordnung von Antikoagulantien (z.B. nach Herzinfarkt) weise ich meine Patienten auf mögliche Blutungen hin. (Frage Nr. 22)
2. Bei Cortison-Langzeittherapie unterrichte ich meine Patienten über:
 - a) erhöhte Infektanfälligkeit
 - b) Gefahr eines CUSHING-Syndroms
 - c) mögliche Magengeschwüre
 - d) Gefahr der Osteoporose
 - e) sonstige Komplikationen (Frage Nr. 23)
3. Bei Gabe und Verordnung von entsprechenden Medikamenten weise ich hin:
 - a) auf Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit
 - b) auf erhöhte Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit zusammen mit Alkohol (Frage Nr. 24)
4. Über Nebenwirkungen von Röntgenbestrahlung (Narben, Ulcus, Sekundärinfektionen etc.) unterrichte ich meine Patienten. (Frage Nr. 25)
5. Bei Transfusionen weise ich auf die Möglichkeit hin
 - a) einer Hepatitisinfektion
 - b) einer Unverträglichkeitsreaktion (Frage Nr. 27)

6. Vor einer Operation nach BILLROTH II kläre ich meine Patienten auf über die Gefahr:

a) von Beschwerden nach der Nahrungsaufnahme

b) eines Stumpfkarcinoms

(Frage Nr. 28)

zu 1.:

Die Antikoagulantienbehandlung wird bei thromboembolischen Erkrankungen der arteriellen und venösen Gefäße häufig angewandt.³¹ Durch Herabsetzung der Gerinnbarkeit des Blutes besteht die Gefahr von Blutungen; bei Langzeitpatienten treten größere Blutungen einmal pro 10³² bis 16³³ Behandlungsjahre auf.

Abb. 9 verdeutlicht, daß 86,2 % der antwortenden Ärzte und 98,6 % der an der Umfrage teilnehmenden Internisten diese Frage zustimmend beantworteten; unter den Rücksendern verneinten 1,4 % aller Ärzte und 0,7 % der Internisten diese Frage.

zu 2.:

Zur Langzeitbehandlung wird Cortison bei Kollagenkrankheiten, rheumatischen Erkrankungen, dem nephrotischen Syndrom, der lymphatischen Leukämie etc. eingesetzt. Die Nebenwirkungen sind zahlreich und treten teils abrupt (z.B. Magengeschwüre) teils schleichen (z.B. Osteoporose) auf.³⁴

Von den antwortenden Ärzten wiesen 77,8 % auf die Möglichkeit erhöhter Infektanfälligkeit, 77,3 % auf die Gefahr eines Magengeschwürs, 71,5 % auf die Gefahr eines CUSHING-Syndroms, 63,9 % auf die Gefahr einer Osteoporose und 61,0 % auf die Möglichkeit sonstiger Komplikationen (z.B. Glaukom, Akne) hin.

Nicht mitgeteilt wurde von den an der Umfrage teilnehmenden Ärzten am häufigsten "sonstige Komplikationen" (20,6 %) und die Gefahr der Osteoporose (19,9 %), es folgte das CUSHING-Syndrom (14,3 %), die Gefahr einer erhöhten Infektanfälligkeit (9,9 %) und die Möglichkeit von Magengeschwüren (9,4 %).

³¹ JAENECKE, J.

Antikoagulantien- und Fibrinolysetherapie
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971

³² LOELIGER, E.A.

Der holländische Thrombosedienst und seine Probleme,
Z. ges. inn. Med. 21 (1966) 210 - 212

³³ ROOS, J.

Organisation und Erfahrung des holländischen
Thrombosedienstes, Z. ges. inn. Med. 21 (1966) 212-215

³⁴ KUSCHINSKY, G.
LÜLLMANN

Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970

Unter den antwortenden Internisten bejahten (verneinende Antworten in Klammern) die Aufklärung über erhöhte Infektanfälligkeit 81,4 % (14,5 %), über die Möglichkeit eines Magengeschwürs 82,7 % (15,2 %), über die Gefahr eines CUSHING-Syndroms 78,7 % (19,3 %), über die Gefahr einer Osteoporose 66,3 % (29,6 %) und über sonstige Komplikationen 64,1 % (28,3 %).

Von den an der Umfrage teilnehmenden Ärzten bejahten die Aufklärung über die Gefahr eines Magengeschwürs 86,5 % der Praktischen Ärzte und 67,4 % der Fachärzte, über die Gefahr eines CUSHING-Syndroms klärten 80,9 % der erstgenannten und 61,5 % der Fachärzte auf.

Zur Aufklärung über die Gefahr der Osteoporose äußerten sich unter den Antwortenden 74,3 % der Ärzte in Orten bis zu 5000 Einwohnern, 60,6 % der Ärzte in Orten zwischen 5000 und 30000 Einwohnern und 59,0 % der Ärzte in Orten über 30000 Einwohnern zustimmend.

Vier derjenigen Ärzte, die eine Aufklärung über die Gefahren der Cortison-Langzeittherapie grundsätzlich ablehnten, begründeten dies damit, daß es wichtiger sei, die Therapie zu überwachen, was sie auch gewissenhaft taten.

zu 3.:

Hypnotika und Sedativa sowie weitere Arzneimittel vermögen, besonders wenn es sich um langwirkende Mittel handelt, die Verkehrstauglichkeit des Patienten zu beeinträchtigen. Bei gleichzeitigem Alkoholgenuß kann sich die Wirkung dieser Pharmaka steigern.³⁵

92,5 % der antwortenden Ärzte wies seine Patienten bei Gabe oder Verordnung von entsprechenden Medikamenten auf eine mögliche Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit hin; 94,5 % der Rücksender wiesen auch auf eine erhöhte Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit bei gleichzeitigem Alkoholgenuß hin, wie auch Abb. 10 zeigt.

Die erste Frage verneinten 1,2 %, die zweite 1,1 % der antwortenden Ärzte.

Ein Arzt hielt eine entsprechende Aufklärung nicht für notwendig, weil entsprechende Hinweise auf dem Beipackzettel vermerkt seien.

35 Arzneimittelkommission
der Deutschen Ärzteschaft

Arzneiverordnungen
Deutscher Ärzteverlag, Köln, 1971

zu 4.:

Tumoren, wie z.B. der Morbus HODGKIN im Frühstadium, können mit Bestrahlungen behandelt werden.³⁶ Je nach individueller Disposition, nach Zell- und Gewebsart, nach Bestrahlungsdauer und Strahlendosis treten an den verschiedenen Geweben Schäden auf.³⁷

Die Frage zur Aufklärung bei Röntgenbestrahlungen beantworteten von den Rücksendern 66,0 % aller Ärzte und 84,2 % der Radiologen zustimmend, ablehnend äußerten sich 14,4 % aller antwortenden Ärzte und 10,5 % der an der Umfrage teilnehmenden Radiologen.

Ein Arzt wies ausdrücklich darauf hin, daß er sich die Aufklärung durch die Unterschrift des Patienten belegen lasse.

Ferner hat ein Radiologe ein Formblatt dem rückgesandten Fragebogen beigelegt, auf dem entsprechende Komplikationen der Behandlung mit dem Gammatron aufgeführt sind. Der Patient muß vor der Behandlung die Kenntnis der möglichen Komplikationen bestätigen und schriftlich seine Einwilligung zur Behandlung erteilen.

zu 5.:

Die Serumhepatitis ist eine schwerwiegende Komplikation nach Transfusionen. Das Hepatitisrisiko liegt nach vorsichtiger Schätzung nach Einzelspender-Transfusionen zwischen 0,1 und 1 %. Mit zunehmender Spenderzahl steigt das Hepatitisrisiko zunächst (bis ca 6 Spender) linear an, darüber hinaus wird die Zuwachsrate geringer. Die Letalität der posttransfusionellen Hepatitis liegt zwischen 6 und 17 %.³⁸

Unverträglichkeitsreaktionen werden durch die Ausführung der Kreuzprobe weitgehend verhindert.³⁷

Das mögliche Auftreten einer Unverträglichkeitsreaktion teilte fast die Hälfte (45,9 %) aller antwortenden Ärzte ihren Patienten mit; 18,0 % verneinten eine Aufklärung darüber.

Zur Frage der Aufklärung über die Hepatitisinfektion nach Transfusionen äußerten sich - wie Abb. 11 veranschaulicht - 26,7 % der antwortenden Ärzte zustimmend, 34,0 % ver-

³⁶ SCHETTLER, G.

Innere Medizin
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970

³⁷ REIFFERSCHIED, M.

Chirurgie - Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970

³⁸ SPIELMANN, W.

Transfusionskunde - Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972

neinten die Frage und 39,3 % konnten sich zu keiner eindeutigen Antwort entscheiden.

Unter den Antwortenden bejahten (verneinende Antworten in Klammern) die Aufklärung über die Hepatitisgefahr nach Transfusionen 21,2 % (62,5 %) der Chirurgen, 22,2 % (58,3 %) der Frauenärzte und 25,6 % (47,5 %) der Internisten (vgl. Abb. 11).

Unter den an der Umfrage teilnehmenden Ärzten teilten 58,6 % der Internisten, 63,8 % der Frauenärzte und 47,5 % der Chirurgen ihren Patienten die Möglichkeit einer Unverträglichkeitsreaktion mit; 20,0 % der Internisten, 22,3 % der Frauenärzte und 35,0 % der Chirurgen verneinten eine solche Aufklärung.

Von den Rücksendern äußerten sich zur Frage der Aufklärung über die Hepatitisgefahr bei Transfusionen die in der Praxis tätigen Ärzte etwa gleich häufig zustimmend (27,8 %) und ablehnend (27,2 %); von den antwortenden Krankenhausärzten gaben 20,1 % an, über diese Komplikationen aufzuklären und 65,5 % lehnten das ab.

Die Frage zur Aufklärung über Unverträglichkeitsreaktionen bei Transfusionen beantworteten 43,6 % der in der Praxis tätigen Ärzte zustimmend und 36,7 % ablehnend; die antwortenden Krankenhausärzte bejahten diese Frage in 54,7 % und verneinten sie in 36,7 %.

zu 6.:

Beschwerden nach der Nahrungsaufnahme treten nach einer Operation nach BILLROTH II recht häufig auf. Das Dumping-Syndrom wird bei ca. 10 % aller nach dieser Methode Operierten gefunden.³⁹

Das nach Magen-Teilresektion im Restmagen auftretende Karzinom wird als Stumpfkarcinom bezeichnet und tritt bei 10,6 % aller wegen Ulcus Resezierten auf.⁴⁰

Unter den Antwortenden bejahten (verneinende Antworten in Klammern) 34,3 % (14,9 %) aller Ärzte und 41,2 % (42,5 %) der Chirurgen die Aufklärung über mögliche Beschwerden nach der Nahrungsaufnahme nach einer BILLROTH II-Operation.

Zu der Frage nach der Aufklärung über die Gefahr eines Stumpfkarcinoms nach einer BILLROTH II-Operation äußerten sich zustimmend (verneinende Antworten in Klammern) 7,6 % (39,2 %) aller antwortenden Ärzte und 6,3 % (72,2 %) der antwortenden Chirurgen.

³⁹ NISSEN, R.

in HELLNER, NISSEN, VOSSSCHULTE,
Lehrbuch der Chirurgie,
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970

⁴⁰ REIFFERSCHIED, M.

Chirurgie
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970

Aus den Antworten zu Beispielen zur "Komplikationsaufklärung" lassen sich folgende Tendenzen herauslesen:

Die antwortenden Ärzte klärten bei häufigen Komplikationen oft auf, bei seltenen Komplikationen deutlich seltener. Die höchsten Aufklärungsraten finden sich bei Fragen, wo der Patient durch die Aufklärung vor Schaden bewahrt werden kann. Besonders deutlich zeigte sich das bei den Fragen zur Aufklärung über mögliche Blutungen bei Antikoagulantientherapie und über die Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit bei Gabe oder Verordnung entsprechender Medikamente.

Umgekehrt fand sich die geringste Aufklärungsrate bei der Frage nach der Aufklärung über die Gefahr eines Stumpfkarcinoms bei der Operation nach BILLROTH II. Wenn der Arzt seinem Patienten diese Möglichkeit mitteilt, muß er damit rechnen, daß der Patient die vom Arzt für notwendig erachtete Operation ablehnt.

Mit Einschränkung gilt diese Erklärung auch für die Aufklärung über die Gefahr einer Hepatitis nach Transfusionen. Überraschend hoch ist die Aufklärungsrate über die Gefahr einer Unverträglichkeitsreaktion nach Transfusionen. Die Begründung hierfür sieht SPIELMANN⁴¹ in folgenden Tatsachen:

- "1. Aufgrund alter, mystischer Vorstellungen vom Blut als dem geheimen Lebenssaft ist das Interesse des Patienten an der Blutübertragung im Durchschnitt wesentlich größer als bei anderen vergleichbaren therapeutischen Maßnahmen.
2. Die bei Transfusionszwischenfällen auftretenden Symptome stehen häufig in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zur Blutübertragung. Sie sind derart typisch, daß auch der Laie sie als Transfusionsfolgen erkennt.
3. Der Arzt ist bei der Durchführung von Bluttransfusionen unsicherer als bei anderen Verrichtungen, weil er hier nur wenig auf sein eigenes Können vertrauen kann, sondern in erster Linie auf fremde Institutionen und unter fremder Aufsicht tätige Hilfspersonen angewiesen ist."

Insgesamt zeigt sich bei den Antworten zur "Komplikationsaufklärung", daß die antwortenden Ärzte sich bei der Aufklärung hauptsächlich vom Grundsatz "salus aegroti suprema lex" und weniger vom Grundsatz der Selbstbestimmung des Patienten leiten ließen.

⁴¹ SPIELMANN, W.

Beim Befolgen der Leitsätze des Bundesgerichtshofs zur "Komplikationsaufklärung" ergeben sich für den Arzt folgende Schwierigkeiten:

1. eine eindeutige Auslegung von Begriffen wie "typische Gefahren", "erhebliche Komplikationen" oder "verständiger Mensch" fehlt bisher,
2. der Bundesgerichtshof hat nie eine Prozentzahl festgelegt, unter der eine Aufklärung entfällt, ⁴²
3. ob aufgeklärt werden muß oder nicht, richtet sich nach den Komplikationsraten des behandelnden Arztes, nicht nach denen in der Literatur. ⁴³

⁴² NJW 1971 S. 1887, 1888

⁴³ BGHZ 29, 46, 61

6. Aufklärung bei ängstlicher Patienten und bei Gefährdung des Heilerfolges durch die Aufklärung

Das Reichsgericht bzw. der Bundesgerichtshof haben zu diesem Thema die folgenden Grundsätze vertreten:

"Soweit durch die Aufklärung die Stimmung oder das Allgemeinbefinden herabgedrückt werden, handelt es sich um Nachteile, die in Kauf genommen werden müssen." ⁴⁴

Diese Entscheidung hat der Bundesgerichtshof inzwischen so eingeschränkt: ⁴⁵

"der Arzt solle nicht gezwungen sein, durch eine zu weit gehende Aufklärung den Heilerfolg selbst zu beeinträchtigen."

Allerdings sagt der Bundesgerichtshof im gleichen Urteil weiter:

"Hat der Arzt nicht auf die typischen Gefahren eines Eingriffes hingewiesen, so ist es seine Aufgabe, darzutun, daß triftige Gründe für das Unterlassen der Aufklärung gegeben waren."

Der Fragebogen enthält zwei Fragen zu diesem Thema:

1. Ich kläre auch auf, wenn ich dadurch eine negative Beeinflussung des Heilerfolges befürchten muß. (Frage Nr. 12)
2. Ängstliche Patienten versuche ich dadurch zur Behandlung zu bewegen, indem ich den Eingriff verharmlose und auch auf häufigere Komplikationen (über 5 %) nicht hinweise. (Frage Nr. 13)

zu 1.:

Etwa ein Drittel (29,9 %) der antwortenden Ärzte bejahte diese Frage und beinahe die Hälfte (48,9 %) meinte, bei einer negativen Beeinflussung des Heilerfolges nicht aufklären zu dürfen (Abb. 7).

zu 2.:

Wie aus Abb. 7 zu ersehen ist, beantworteten 27,4 % der antwortenden Ärzte diese Frage zustimmend und etwa zwei Drittel (64,6 %) ablehnend.

Unter den Antwortenden bejahten diese Frage 33,2 % der Ärzte in Orten mit weniger als 5000 Einwohnern, 28,2 % der Ärzte in Orten zwischen 5000 und 30000 Einwohnern und 22,4 % der Ärzte in Orten über 30000 Einwohnern.

⁴⁴ RGZ 163, 129, 138

⁴⁵ Vers.R. 1956 S. 406

20,1 % der antwortenden Krankenhausärzte und 29,6 % der in der Praxis tätigen Ärzte gaben an, durch Verharmlosen des Eingriffs und Verschweigen auch von häufigen Komplikationen die Patienten zur Behandlung zu bewegen.

Bei näherer Betrachtung der Grundsätze des Reichsgerichts bzw. Bundesgerichtshofes zu diesem Themenkreis fällt auf, daß auch hier wieder Begriffe, wie z.B. "zu weit gehende Aufklärung", "typische Gefahr" oder "triftige Gründe" gebraucht werden, deren Anwendung auf den Einzelfall in der Praxis schwierig ist. Dadurch entsteht für den tätigen Arzt eine Rechtsunsicherheit.

7. Aufklärung über die Diagnose

Die Aufklärung über die Diagnose ist eines der umstrittensten Gebiete zwischen Medizin und Recht.

Die Fragen des Fragebogens zu diesem Themenkreis lauten:

1. Ich kläre meine Patienten auf bei leichtem Befund:
a) unaufgefordert b) auf Frage (Frage Nr. 3)
2. Ich kläre meine Patienten auf bei schwerem Befund:
a) unaufgefordert b) auf Frage (Frage Nr. 1)
3. Patienten mit unheilbarer, progredienter Krankheit teile ich die Diagnose mit:
a) unaufgefordert b) auf Frage (Frage Nr. 2)
4. Patienten mit bösartigen Tumoren teile ich die Diagnose mit:
a) unaufgefordert b) auf Frage (Frage Nr. 10)
5. In Verdachtsfällen teile ich meinen Patienten die Vermutungsdiagnose mit:
a) unaufgefordert b) auf Frage (Frage Nr. 4)

zu 1.:

Wie Abb. 12 verdeutlicht, klärten 89,4 % der antwortenden Ärzte ihre Patienten über leichte Befunde auf, 1 % verneinten die Frage grundsätzlich, 9,3 % wollten ihre Patienten erst dann aufklären, wenn diese nach der Diagnose fragten.

zu 2.:

Aus Abb. 12 geht ebenfalls hervor, daß 78,0 % aller antwortenden Ärzte ihren Patienten auch einen schweren Befund mitteilten, 4,3 % wollten das auch auf Frage nicht tun und 14,6 % gedachten die Diagnose erst auf Frage des Patienten mitzuteilen.

Fünf der an der Umfrage teilnehmenden Ärzte gaben an, die Aufklärung von der Persönlichkeitsstruktur des Patienten abhängig zu machen.

Vier der antwortenden Ärzte entschieden von Fall zu Fall darüber, wobei sie eher bei Gefahr von Dauerschäden als bei Lebensgefahr bereit waren, die Diagnose mitzuteilen.

Weitere Motive für die Mitteilung eines schweren Befundes waren: Therapiedienlichkeit (in 4 Fällen), Überzeugung eines uneinsichtigen Patienten (in 2 Fällen), Erreichen der Mitarbeit des Patienten (in einem Fall) und Erreichen des Einverständnisses des Patienten (in einem Fall).

Weiterhin wiesen drei der antwortenden Ärzte darauf hin, daß sie bei schwerem Befund die Diagnose nicht dem Patienten, wohl aber den Angehörigen, mitteilen würden.

zu 3.:

11,2 % der antwortenden Ärzte gaben an, wie auch Abb. 12 zeigt, ihren Patienten die Diagnose bei unheilbaren, progredienten Krankheiten von sich aus mitzuteilen, 42,5 % lehnten das grundsätzlich auch auf Frage ab, 27,1 % gaben an, die Diagnose in diesen Fällen erst auf Frage mitzuteilen.

Unter den Antwortenden bejahten (auch auf Frage verneinende Antworten in Klammern) 8,0 % (48,0 %) der Praktischen Ärzte und 14,6 % (36,6 %) der Fachärzte, die Diagnose bei unheilbaren, progredienten Krankheiten mitzuteilen.

Von den den Fragebogen rücksendenden Ärzten teilten 12,7 % der weniger als 5 Jahre tätigen Ärzte, 9,6 % der zwischen 5 und 10 Jahre tätigen Ärzte und 11,3 % der über 10 Jahre praktizierenden Ärzte mit, daß sie ihre Patienten von sich aus über unheilbare, progrediente Krankheiten aufklärten.

26 Ärzte meinten, daß die Mitteilung der Diagnose von der Persönlichkeit des Patienten abhängig sei. Psychische Verfassung (in 10 Fällen) und familiäre Stellung des Patienten (in 5 Fällen) hielten sie für die Beurteilung, ob die Diagnose mitgeteilt werden sollte, vorrangig für bedeutend.

An weiteren wesentlichen Faktoren für die Diagnosemitteilung wurden genannt: soziale Stellung, Mentalität des Patienten, Lebensalter, Beruf, Aufgabenkreis, medizinische Vorbildung, Charakter, Haltung, Intelligenz und Beurteilungsvermögen.

Vier Ärzte glaubten, daß die Diagnosemitteilung vom Fall abhängig gemacht werden sollte. Diagnose, Stadium der Krankheit und Möglichkeiten der Therapie seien besonders zu berücksichtigen.

Einige Ärzte gingen auf die Art der Diagnosemitteilung ein. Die meisten bevorzugten eine vorsichtige Mitteilung der Diagnose. Die Diagnose sollte nur angedeutet oder die Schwere der Erkrankung betont werden. Die Mitteilungen über die Diagnose sollten "vorsichtig", "rücksichtsvoll" und "nicht zu früh" erfolgen, die "wissenschaftliche Diagnose" sollte nicht mitgeteilt werden.

Nur ein Arzt sprach sich für eine möglichst offene Aufklärung aus.

Vier Ärzte machten die Aufklärung von einem Zweck abhängig; sie klärten bei unheilbaren,

progredienten Krankheiten nur auf, wenn es der Therapie dienlich ist oder wenn fehlende Einsicht des Patienten die Behandlung behinderte.

Viele Ärzte - insgesamt 32 - betonten, zwar nicht den Patienten über solch schwerwiegende Diagnosen aufgeklärt zu haben, den Angehörigen jedoch stets die Diagnose mitgeteilt zu haben.

zu 4.:

Der Bundesgerichtshof beurteilt die Aufklärung bei Krebskrankheiten so: ⁴⁶

"... daß die Einwilligung des Kranken in die Strahlenbehandlung (es handelte sich hier um eine Komplikation nach Bestrahlung wegen eines Collumcarcinoms) in Fällen dieser Art vielfach nur erreicht werden kann, wenn ihm auch die Schwere und die Lebensgefährlichkeit seiner Krankheit eröffnet wird. Das bedeutet aber nicht, daß ihm unvermittelt die "nackte Krebsdiagnose" mitgeteilt werden soll."

Leicht macht es sich der Bundesgerichtshof, wenn er fortfährt: "Dabei das richtige Wort gegenüber seinen Patienten zu finden, ist auch hier seine ärztliche Aufgabe, läßt sich aber, um die Einwilligung des Kranken in eine notwendige Behandlung zu erhalten, die Bekanntgabe des Krebsbefundes nicht vermeiden, so darf der Arzt hiervor nicht zurückschrecken. Nur in dem besonderen Fall, daß die mit der Aufklärung verbundene Eröffnung der Natur des Leidens zu einer ernsten und nicht behebbaren Gesundheitsschädigung des Patienten führen würde, könnte ein Absehen von der Aufklärung gerechtfertigt sein, wobei hier nicht darauf eingegangen zu werden braucht, ob dann nicht - falls Zeit vorhanden - die Angehörigen befragt werden müssen, um den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln."

In der vorliegenden Untersuchung gaben 8,8 % aller antwortenden Ärzte an, unaufgefordert über die Diagnose Krebs aufzuklären, 49,2 % lehnten das auch auf Frage ab, 20,8 % gaben an, die Diagnose erst auf Frage mitzuteilen (Abb. 12).

Unter den Rücksendern klärten über die Diagnose Krebs auf: 2,7 % der Praktischen Ärzte (1,6 % der Praktischen Ärzte in Orten mit weniger als 5000 Einwohnern), 15,2 % der Fachärzte, (11,4 % der nicht operativ tätigen Fachärzte, 19,7 % der operativ tätigen Fachärzte - das sind Frauenärzte, Chirurgen, Urologen, Augenärzte und HNO-Ärzte -),

⁴⁶ BGHZ 29, 176, 184 f.

6,3 % der Chirurgen, 13,9 % der Frauenärzte, 21,4 % der HNO-Ärzte, 43,7 % der Augenärzte und 3,4 % der Internisten (Abb. 13).

Die Aufklärung über die Diagnose Krebs bejahten (auf Frage verneinende Antworten in Klammern) 2,3 % (55,9 %) der Ärzte in Orten unter 5000 Einwohnern, 8,7 % (49,3 %) der Ärzte in Orten zwischen 5000 und 30000 Einwohnern und 13,7 % (44,1 %) der Ärzte in Orten über 30000 Einwohnern (Abb. 14).

37 Ärzte hielten die Persönlichkeit des Patienten ausschlaggebend dafür, ob bei Krebskrankheiten die Diagnose offenbart werden sollte. Psychische Verfassung (in 10 Fällen) und Intelligenz (in 5 Fällen) seien dabei besonders zu berücksichtigen.

Weitere Faktoren für das Verhalten des Arztes bei der Mitteilung der Krebsdiagnose bildeten: Mentalität, soziale Stellung, Charakter, Weltanschauung, körperliche Verfassung, familiäre Stellung und Beruf ("einem Rechtsanwalt - ja" - Zwischenbemerkung eines Arztes -) des Patienten.

23 der antwortenden Ärzte gaben an, bei der Mitteilung der Diagnose Krebs den aktuellen Fall zu berücksichtigen.

Bei Hauttumoren und Brustkrebs - schwer zu verschweigende Tumoren - war die Neigung, die Diagnose mitzuteilen, größer.

18 der an der Umfrage teilnehmenden Ärzte waren überzeugt, daß die Krebsdiagnose - wenn überhaupt - nicht schonungslos mitgeteilt werden sollte. Andeutungen wurden für besser und völlig ausreichend gehalten; Hoffnung zu lassen, hielten sie für besonders wichtig.

7 unter den antwortenden Ärzten gaben an, daß sie die Mitteilung der Diagnose Krebs davon abhängig machten, ob sie therapiedienlich sei.

Schließlich wiesen 15 der den Fragebogen rücksendenden Ärzte darauf hin, daß sie eine solch schwerwiegende Diagnose dem Patienten nicht mitteilen würden, wohl aber den Angehörigen.

Mit der Aufklärung bei Krebskrankheiten ist die Einstellung des Patienten zum Tod eng verknüpft.

Ein Arzt berichtete, daß er zwei hochintelligente Patienten (einen Juristen und einen Industriekaufmann) im Gedächtnis habe, die nach Eröffnung der (Krebs-) Diagnose "wie geprügelte Hunde herumschlichen, der erste bis zu seinem Tode, der zweite, bis 5 Jahre nach der geglückten Operation vergangen waren."

GOSTOMZYK⁴⁷ hat in diesem Zusammenhang vom "sozialen Tod" gesprochen. Nicht selten wird erst durch die Mitteilung der Krebsdiagnose aus einem "Krebsträger" ein "Krebskranker". Das kann unter Umständen den Krankheitsverlauf beschleunigen und zum Tod des Patienten führen.

Auch im täglichen Leben finden sich weitere Hinweise für das irrationale und emotionale Verhalten des Menschen zum Tod: im Gegensatz zum "gewaltsamen Tod", dem das Interesse der Gesellschaft in hohem Maße gilt - das dokumentieren jeden Tag Zeitungen, Rundfunk, Fernsehen und Illustrierte - ist der "normale Tod" bisher weitgehend tabu; für die eigene Person wird er einfach verdrängt.

FUCHS⁴⁸ meint, daß es ein Fehlverhalten in unserer Gesellschaft sei, vom Tode zu reden.

Für den gewaltsamen Tod, ganz gleich, ob er durch Verbrechen oder Unfall bedingt ist, gilt das wie gesagt nicht. Solange der Tod anonym bleibt und er den einzelnen nicht treffen kann, siegt, wie z.B. bei den Schaulustigen bei einem Unfall, die Neugierde über die Anteilnahme. Zum Teil wird der Tod dem Zuschauer in solchen Situationen gar nicht bewußt.

Diese Situation ändert sich jedoch schlagartig, wenn wir selbst oder "in geringerem Ausmaß" nahe Angehörige dem Tode gegenübertreten.

Geburt, Altern - das ja bekanntlich mit dem Tag der Geburt beginnt - und Tod sind Bedingungen des Lebens. Der unbewußte Kampf gegen den Tod beginnt für den Einzelnen schon mit dem Kampf gegen das Altern.

Auch religiöse Bedürfnisse gründen sich in nicht geringem Maße auf der Furcht vor dem Tod. Nicht zufällig ist der hohe Anteil alter Leute bei den Kirchgängern; die Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod wird "erarbeitet".

Ein Paradebeispiel für einen Mißerfolg bei der Aufklärung über die Krebsdiagnose schildert Thomas Mann:⁴⁹

"Theodor Storm war an Magenkrebs erkrankt. Er gab den Großartigen und verlangte Klarheit von seinem Arzt unter Männern. Als dieser ihm reinen Wein eingeschenkt hatte, fiel

⁴⁷ GOSTOMZYK, J.G.

Die Aufklärungspflicht aus der Sicht des Arztes
Manuskript des Habilitationsvortrages, 1972

⁴⁸ FUCHS, W.

Todesbilder in der Modernen Gesellschaft
Suhrkamp-Verlag, Frankfurt, 1969

⁴⁹ MANN, T.

Adel des Geistes - Frankfurt/M., 1960

er zusammen und überließ sich tiefster Schwermut, so daß alle sahen, er würde den Schimmelreiter, das Höchste und Kühnste, woran er sich je gewagt hatte, nicht vollenden. Sie beschlossen, den alten Dichter, der künstlerisch in einer taceiteisch-germanischen sera juvenus stand, aber seine Männlichkeit überschätzt hatte, wohlütig zu belügen. Sein Bruder Emil, der Arzt war, tat sich mit Kollegen zusammen, und es gab ein Humbug-Konsilium, worauf die Wissenschaft erklärte, es sei alles Unsinn und keine Rede vom Krebs, die Magenbeschwerden seien ganz harmloser Art. Storm glaubte es sofort, schnellte empor und hatte einen vorzüglichen Sommer, in dessen Verlauf er mit den guten Husumern seinen siebzigsten Geburtstag sinnig-fröhlich beging und außerdem den "Schimmelreiter" fortführte und siegreich beendete. "

LÜCHTRATH lehnt, wie das die meisten Ärzte tun, es ab, totgeweihten Patienten die Wahrheit über ihre Krankheit mitzuteilen und begründete das so:

"Die Aufklärung des Kranken hinsichtlich der infausten Prognose entspricht zwar der heutigen angeblich rationalen Einstellung der Medizin. Auch scheinen die Menschen dieses zu verlangen, solange sie gesund sind. Ich bestreite aber energisch, daß diese Aufklärung der ärztlichen Grundhaltung des nil nocere und dem Willen des kranken Menschen gemäß ist.

Zurück bleibt das Entsetzen, die Hilflosigkeit angesichts des unabänderlichen Todes, die Situation des auf den Elektrischen Stuhl Wartenden. Dieser hat wenigstens die Erleichterung, daß ihm Verantwortung und Entscheidungen für sich und andere abgenommen werden, zudem in der Regel die Gnade eines festen Termins.

Die Vertreter einer rückhaltlosen Aufklärung haben wohl nie bedacht, in welcher Lage der Patient zu seiner Umwelt, insbesondere zu seinen Angehörigen gerät. Auch wenn er sein Schicksal meistern kann, so wird die einzig mögliche Haltung seinen Nächsten gegenüber das "Tun als ob" sein können. Hier wird dann mit größter psychischer Anstrengung doch verdrängt, was der Arzt still für sich behalten sollte. "

Dr. Issels, ehemaliger Chefarzt der Ringberg-Klinik in Rottach-Egern teilte diese Ansicht nicht, obgleich nach seinen Angaben ca. 99 % seines Patientengutes aus unheilbaren Krebskranken bestand.

Er sieht es als unzulässig an, das Vertrauen des Patienten in den Arzt dadurch zu täuschen, daß der Arzt ihm seinerseits das Vertrauen versagt, indem er ihm (meist wegen seiner resignierenden Einstellung gegenüber weiteren Behandlungsmöglichkeiten) die "Barmherzige Lüge" aufischt.

Dr. Issels (persönliche Mitteilung) meinte weiter:

"Wer - darüberhinaus - immer wieder erleben muß, welche unüberbrückbare Krisen zwischen Ehegatten oder Eltern und Kindern unter dem ihnen vom Arzt verschriebenen Druck der Lüge heraufbeschworen werden, wie ein bis dahin harmonisches Zusammenleben zerstört werden kann, wenn er nachträglich von der Heuchelei des geliebten und geachteten Menschen erfährt, kann auch vom ärztlich-psychologischen Standpunkt keine Argumente zur Verteidigung der "Barmherzigen Lüge" einbringen.

Es ist nicht wahr, daß der Patient unter der Eröffnung der Diagnose Krebs zusammenbrechen muß. Oftmals hat er sie bereits erahnt. Er ist dann erleichtert, wenn er nun mit dem Arzt frei über die mit seiner Krankheit verbundenen Probleme und über die Nutzung seiner Chancen sprechen kann.

Er bleibt nicht länger unmündiges, hilfloses Objekt einer ihm unverständlichen Therapie, sondern er nimmt nun aktiven Anteil daran."

Zur Frage der Mitteilung der Prognose schrieb Dr. Issels: "Was die Frage der Prognose anbetrifft, so sprechen wir auch darüber vollkommen offen mit unseren Patienten. Ich sage ihnen, daß sie bisher für die allgemeine Krebstherapie als unheilbar angesehen worden sind, daß wir aber mit der immunologischen Behandlung eine Chance haben. Ich sage ihnen auch eindeutig, daß ich ihnen nichts versprechen kann, da man im voraus nie weiß, ob und inwieweit der Patient auf unsere Therapie anspricht."

Dr. Issels betonte, daß die psychologische Haltung seiner Patienten gut sei.

zu 5.:

Wie aus Abb. 12 zu ersehen ist, gaben 61,7 % der antwortenden Ärzte an, dem Patienten unaufgefordert die Verdachtsdiagnose mitzuteilen, 5,6 % verneinten das auch auf Frage, 27,7 % gaben an, hierüber erst auf Frage Mitteilung zu machen.

Unter den Rücksendern klärten über die Verdachtsdiagnose unaufgefordert auf: 65,6 % der Praktischen Ärzte und 57,4 % der Fachärzte.

Einige Ärzte wiesen zusätzlich darauf hin, daß es auch bei Mitteilung der Vermutungsdiagnose natürlich auf die in Frage kommende Diagnose ankomme und auch die psychische Situation des Patienten zu beachten sei.

S. Angehörigenaufklärung

Die Fragen zu diesem Thema lauteten:

Die Angehörigen kläre ich auf wenn:

- a) der Patient unheilbar krank ist,
- b) der Patient schwer krank ist,
- c) der Patient minderjährig (unter 21 Jahre) ist,
- d) der Patient ohne Einsicht für das Geschehen ist. (Frage Nr. 8)

zu a.:

Wie aus Abb. 15 ersichtlich ist, bejahten 96,8 % der antwortenden Ärzte diese Frage, und 0,7 % verneinten sie; 2,5 % verhielten sich unentschlossen.

zu b.:

Unter den Antwortenden äußerten sich – wie Abb. 15 ebenfalls zeigt – 96,1 % der Ärzte zustimmend, 0,7 % ablehnend und 3,2 % zeigten sich unentschlossen.

Der Bundesgerichtshof⁵⁰ weist darauf hin, daß die Aufklärung des Angehörigen die des Patienten nicht ersetzt.

"... kann die in vielen Kliniken bestehende Übung, sich von den nächsten Angehörigen eine Einverständniserklärung für die Behandlung des Patienten geben zu lassen, nicht ausreichen, so sehr ein Befragen der Angehörigen bei Gefahr im Verzuge von Bedeutung sein kann, um den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln."

zu c.:

Die Frage der Aufklärung bei minderjährigen Patienten bejahten – wie Abb. 15 veranschaulicht – 84,0 % der antwortenden Ärzte, 9,4 % lehnten sie ab, 6,6 % verhielten sich unentschieden.

Unter den Rücksendern bejahten die Aufklärung bei minderjährigen Patienten 73,7 % der weniger als 5 Jahre tätigen Ärzte, 81,6 % der zwischen 5 und 10 Jahre praktizierenden Ärzte und 86,0 % der über 10 Jahre praktizierenden Ärzte. 82,6 % der in der Praxis tätigen Ärzte und 90,6 % der Krankenhausärzte unter den Rücksendern äußerten sich zu dieser Frage zustimmend.

⁵⁰ BGHZ 29, 46, 52

Eine Reihe von Ärzten wies darauf hin, daß natürlich das Informieren der Angehörigen von der Diagnose abhängt.

Besonders problematisch erscheinen dabei die Fälle, in denen die Intimsphäre des minderjährigen Patienten berührt wird. Feststellen einer Gravidität oder das Verordnen von Kontrazeptiva verlangen dabei für den Arzt ein hohes Maß an Verantwortung.

Einige Ärzte betrachteten Patienten nur als minderjährig, wenn diese unter 18 Jahre (in 2 Fällen) bzw. unter 16 Jahre (in 4 Fällen) alt waren.

Für die Aufklärung bei Minderjährigen vertritt der Bundesgerichtshof⁵¹ folgende Grundsätze:

"Der Minderjährige kann aber eines besonderen gesetzlichen Schutzes entraten, wenn er nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag."

Ergänzt und eingeeengt wird dieser Grundsatz durch ein neueres Urteil:⁵²

"... ergibt sich aus dem Institut der Personensorge, deren Minderjährige jedenfalls unter 18 Jahre auch heute allgemein zu ihrem persönlichen Schutz für bedürftig erachtet werden."

zu d.:

Abb. 15 verdeutlicht, daß 93,7 % der antwortenden Ärzte diese Frage bejahte, 2,3 % lehnte sie ab und 4,0 % verhielt sich unentschlossen.

⁵¹ BGHZ 29, 33, 36

⁵² Fam RZ, 1972 S. 89, 90

9. Bestätigung der Aufklärung und der Einwilligung zur Behandlung

Als Beweismittel in Straf- und Zivilprozessen sind bei Klage wegen Verletzung der Aufklärungspflicht neben den Aufzeichnungen im Krankenblatt, die allerdings nur von geringem Beweiswert sind, die Aussagen von Zeugen, die während der Aufklärung anwesend waren oder am besten eine schriftliche Bestätigung der Aufklärung durch den Patienten von großer Wichtigkeit.

Die Fragen zu dieser Thematik lauteten:

1. Bei größeren Eingriffen lasse ich meine Patienten nach der Aufklärung die Aufklärung über die Behandlung bestätigen:
 - a) vor Zeugen
 - b) schriftlich (Frage Nr. 14)
2. Bei größeren Eingriffen lasse ich meine Patienten nach der Aufklärung ihr Einverständnis zur Behandlung erklären:
 - a) vor Zeugen
 - b) schriftlich (Frage Nr. 15)

zu 1.:

Wie Abb. 16 verdeutlicht, bejahten (verneinende Antworten in Klammern) die Frage nach der Bestätigung der Aufklärung vor Zeugen 13,8 % (44,0 %) und die Frage nach der schriftlichen Bestätigung der Aufklärung 19,7 % (39,6 %) der antwortenden Ärzte. Aus Abb. 17 ist zu ersehen, daß unter den Rücksendern sowohl eine schriftliche als auch eine vor Zeugen abgegebene Bestätigung der Aufklärung ablehnten: 20,0 % der Frauenärzte, 33,8 % der Chirurgen, 42,8 % der Urologen, 42,9 % der HNO-Ärzte, 45,9 % der Augenärzte.

zu 2.:

Abb. 16 zeigt, daß sich von den antwortenden Ärzten das Einverständnis zur Behandlung geben ließen (verneinende Antworten in Klammern) vor Zeugen 17,4 % (33,3 %) und schriftlich 23,6 % (31,6 %).

Weder schriftlich noch vor Zeugen ließen sich – wie Abb. 18 verdeutlicht – das Einverständnis zur Behandlung bestätigen: 8,6 % der antwortenden Frauenärzte, 32,4 % der antwortenden Chirurgen, 35,7 % der antwortenden Urologen, 33,4 % der antwortenden HNO-

Ärzte und 37,5 % der antwortenden Augenärzte.

Ein Arzt schien etwas belustigt über die Frage nach der Bestätigung der Aufklärung und des Einverständnisses zur Behandlung. Er schrieb:

"Nach dem Studium Ihres Briefes werde ich ein Lehrbuch meines Faches ins Wartezimmer legen, damit alle Patienten vor der Behandlung mir schriftlich bestätigen können, daß sie über alle nur möglichen Komplikationen aufgeklärt worden sind. Würde das die Juristen endlich zufriedenstellen? Ob die Patienten das Lehrbuch wirklich studiert haben oder nicht, wäre für die Rechtsfindung ja egal. Stimmts???"

Ein anderer Arzt legte eine Einverständniserklärung bei, die in diesem Krankenhaus routinemäßig dem Patienten zur Unterschrift vorgelegt wird. Sie lautet:

"Von Herrn Dr. P. bin ich über meine Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten unterrichtet worden. Ich bin mit der vorgesehenen Behandlung bzw. Operation einverstanden, nachdem ich auf die möglichen Komplikationen hingewiesen wurde.

D., den Unterschrift."

Gegen diese Form der Einverständniserklärung müssen Bedenken geltend gemacht werden. So kann z.B. der Patient die Aufklärung über die möglichen Komplikationen kaum rechtswirksam bestätigen, da ihm die Kontrolle darüber fehlt, ob ihm wirklich die möglichen Komplikationen mitgeteilt worden sind. Bei der Komplikationsaufklärung empfiehlt es sich deshalb für den Arzt, die Komplikationen einzeln aufzuführen.

10. Der Patient (Beurteilung des Patienten; sein Verhältnis zum Arzt)

Der Grundgedanke der Aufklärungspflicht findet sich in einem Urteil des Bundesgerichtshofes:⁵³

"..... Aufklärung selbstverständlich nur gegenüber einem Kranken Sinn hat, der fähig ist, Art, Zweck und Folgen der Behandlung zu beurteilen und in der Frage der Behandlung einen Willensentschluß zu fassen, denn nur ein Kranker, der hierzu in der Lage ist, kann wirksam sein Einverständnis mit der vorgesehenen Behandlung erklären."

Voraussetzung für diese Grundsätze des Bundesgerichtshofes sind genügende Urteilsfähigkeit und ein gewisses medizinisches Denken des Patienten.

Die Fragen im Fragebogen zu diesem Themenkreis lauten:

1. Die meisten Patienten haben heute gute medizinische Kenntnisse. (Frage Nr. 16)
2. Zeitungs-, Illustriertenartikel, Rundfunksendungen und Fernsehberichte über medizinische Probleme verbessern das medizinische Verständnis der Patienten. (Frage Nr. 17)
3. Ich halte das Wohl des Patienten für wichtiger als seine Entscheidungsfreiheit. (Frage Nr. 9)
4. Eingehende Aufklärung verbessert das Arzt-Patient-Verhältnis. (Frage Nr. 18)
5. Meine Patienten wünschen aufgeklärt zu werden. (Frage Nr. 19)

zu 1.:

Wie Abb. 19 verdeutlicht, bejahten nur 17,7 % der antwortenden Ärzte diese Frage, 73,0 % verneinten sie und 9,3 % waren unentschieden.

Abb. 20 zeigt, daß unter den Rücksendern 9,3 % der weniger als 5 Jahre tätigen Ärzte, 12,5 % der zwischen 5 und 10 Jahre praktizierenden Ärzte und 19,9 % der über 10 Jahre praktizierenden Ärzte diese Frage zustimmend beantworteten.

4 der antwortenden Ärzte gaben an, daß ihre Patienten gute medizinische Kenntnisse be-

⁵³ BGHZ 29, 46, 51

säßen, versahen ihre Antworten jedoch mit den Bemerkungen: z.T. leider, relativ, bessere als früher und viele Patienten.

Bei denjenigen Ärzten, die diese Frage verneinten, fanden sich Kommentare wie: Halbwissen, Pseudowissen, Illustriertenwissen, mittelalterliche, falsche und oberflächliche Vorstellungen. Weitere Attribute für die Kenntnisse der Patienten waren: laienhafte, nur vermeintliche und mäßige.

LOEBERT⁵⁴, der 100 Diabetespatienten befragte, um festzustellen, ob diese genügende Kenntnisse für die unerläßliche Selbstbehandlung besaßen, kam zu folgendem Ergebnis: Ausreichende Diätkenntnisse besaßen nur 17 % der befragten Diabetiker 53 % wußten um die Einwirkung von Muskularbeit und fieberhaften Erkältungen auf den Insulinbedarf; 24 % kannten mindestens zwei Schocksymptome, 33 % mindestens eine Komplikation des Diabetes.

20 der 100 Diabetespatienten nahmen vor der Befragung an einem Gruppenunterricht teil, von diesen bewiesen 11 ausreichende Kenntnisse bei den gestellten Fragen.

LOEBERT sieht die Ursache für die erschreckende Unkenntnis eines großen Teils der Diabetiker im Desinteresse und der Bequemlichkeit des Patienten und der unzureichenden Unterrichtung durch Klinik und Hausarzt.

zu 2.:

Wie aus Abb. 19 hervorgeht, äußerten sich unter den antwortenden Ärzten 24,4 % zustimmend und 59,1 % ablehnend zu dieser Frage. 16,5 % waren unentschieden.

Unter den Rücksendern bejahten diese Frage 20,1 % der operativ tätigen Fachärzte (Frauenärzte, Chirurgen, Urologen, HNO-Ärzte, Augenärzte) und 29,3 % der nicht operativ tätigen Fachärzte.

Unter den antwortenden Ärzten in kleinen Orten fanden sich keine wesentlich unterschiedlichen Haltungen von der von Ärzten in größeren Orten (Abb. 21).

Einige Ärzte wiesen darauf hin, daß durch die Publikationen der genannten Medien bei einem Teil der Patienten der Gang zum Arzt erleichtert werde. 6 der antwortenden Ärzte betonten, daß der Einfluß der Medien von der Intelligenz des Patienten und auch von der Qualität der Artikel bzw. Berichte abhängig sei.

⁵⁴ LOEBERT, L.

Kenntnisse des Diabetikers über seine Krankheit
Dt. med. Wschr., 1972, S. 1055 ff.

Ein Arzt schrieb:

"Unsicherheit, Pseudowissen, Überheblichkeit, Angst und vor allem Halbwissen sind nur allzu oft Ergebnis des Einflusses dieser Medien. Durch tendentiöse und fragwürdige Berichte mit bisweilen falscher Information, die unter Umständen übertriebene Hoffnungen wecken, werden die Patienten nur verwirrt."

Aus der Beantwortung dieser ersten beiden Fragen geht hervor, daß viele Ärzte den Patienten nicht für befähigt hielten, medizinische Probleme zu beurteilen. Sie glaubten nicht, daß der Patient Art, Zweck und Folgen einer Behandlung übersehen kann und mit einem Willensentschluß dem Arzt Verantwortung abnehmen kann.

zu 3.:

Über drei Viertel der antwortenden Ärzte (79,2 %) bejahten diese Frage, nur 11,8 % äußerten sich ablehnend und 9,0 % waren unentschieden (Abb. 19).

Unter den Rücksendern bejahten 83,6 % der Praktischen Ärzte diese Frage und nur 74,4 % der Fachärzte äußerten sich zustimmend.

Weiterhin stimmten von den an der Umfrage teilnehmenden Ärzten dieser Frage zu (verneinende Antworten in Klammern): 66,9 % (18,6 %) der weniger als 5 Jahre tätigen Ärzte, 72,1 % (11,0 %) der zwischen 5 und 10 Jahre praktizierenden Ärzte und 82,3 % (10,8 %) der über 10 Jahre praktizierenden Ärzte (Abb. 22).

Einige Ärzte wiesen in Zusammenhang mit dieser Frage darauf hin, daß der Patient letzten Endes nicht sachkundig ist und somit auch eigentlich nicht entscheiden kann.

Ein Arzt meinte, daß auch der Gebildete, noch mehr der Halbgebildete, abenteuerliche Vorstellungen hat und nichts beurteilen kann.

zu 4.:

Obgleich die meisten Ärzte die Aufklärung als Voraussetzung für eine vernünftige Entscheidung des Patienten für ungeeignet hielten, wurde ihr trotzdem eine hohe Bedeutung für das Arzt-Patient-Verhältnis zugemessen.

Wie Abb. 19 zeigt, äußerten sich 73,9 % der antwortenden Ärzte zu dieser Frage zustimmend, 16,2 % ablehnend und 9,9 % waren unentschieden.

Unter den Rücksendern bejahten diese Frage 85,6 % der weniger als 5 Jahre tätigen Ärzte, 85,5 % der zwischen 5 und 10 Jahre praktizierenden Ärzte und nur 70,4 % der über 10 Jahre praktizierenden Ärzte.

Viele Ärzte wiesen ergänzend darauf hin, daß die Aufklärung natürlich vom Arzt kommen müsse. Einige Ärzte meinten, daß individuell vorgegangen werden müsse; Psyche und Intelligenz müßten vor allem berücksichtigt werden. Wenige Ärzte wiesen auch darauf hin, daß Aufklärung mißverstanden werden könne und Überempfindlichkeit erzeugen könne, wobei dann an sich harmlose Erkrankungen hochgespielt würden.

zu 5.:

Wie aus Abb. 19 ersichtlich ist, äußerten sich 71,0 % der antwortenden Ärzte zu dieser Frage zustimmend, 10,5 % ablehnend und 18,5 % waren unentschieden.

Einige Ärzte machten darauf aufmerksam, daß der Wunsch nach Aufklärung natürlich von Fall zu Fall verschieden sei; sie glaubten jedoch, daß der Wunsch nach Aufklärung bei älteren Patienten und bei solchen, die schwer krank sind, geringer sei.

Ein Arzt berichtete, daß er die umgekehrte Erfahrung gemacht habe. Er schreibt:

"Ich habe die Erfahrung gemacht, daß besonders schwerkranke Patienten für eine ehrliche Aufklärung dankbar sind und vor allem auch mitarbeiten. Andererseits bemerkt der Patient, daß ihm etwas verheimlicht oder verniedlicht wird, so ist das Vertrauensverhältnis gestört.

Weiter zeigt sich, daß die Forderung nach Aufklärung da besonders groß ist, wo es sich um ein aktuelles Problem handelt. Z.Z. handelt es sich dabei hauptsächlich um die "Pille". "

Ein anderer Arzt gab an, daß der Wunsch nach Aufklärung schon groß sei, ihm aber leider die Zeit zu einer befriedigenden Aufklärung fehle.

11. Beurteilung der Aufklärungspflicht

Ein letzter Fragenkomplex befaßt sich mit der Einstellung der Ärzte zur juristischen Forderung zur Aufklärung.

Die Fragen hierzu lauten:

1. Meiner Meinung nach besteht die Forderung von juristischer Seite nach der Aufklärungspflicht über Befund, Therapie und Prognose zu Recht.

(Frage Nr. 20)

2. Die Aufklärungspflicht sollte:

- a) beibehalten werden,

- b) ganz in das Ermessen des Arztes gestellt werden.

(Frage Nr. 21)

zu 1.:

Abb. 23 verdeutlicht, daß unter den antwortenden Ärzten 36,6 % diese Frage bejahten, 45,6 % sie ablehnend beantworteten und 17,8 % unentschieden waren.

Wie aus Abb. 24 zu entnehmen ist, äußerten sich unter den Rücksendern zu dieser Frage zustimmend (verneinende Antworten in Klammern) 46,6 % (33,1 %) der weniger als 5 Jahre tätigen Ärzte, 42,6 % (37,5 %) der zwischen 5 und 10 Jahre praktizierenden Ärzte und 34,2 % (48,8 %) der über 10 Jahre praktizierenden Ärzte.

Einige Ärzte betonten, daß bei Krebskrankheiten die Aufklärungspflicht ausgeklammert werden sollte.

zu 2a.:

Abb. 23 zeigt, daß sich 27,2 % der antwortenden Ärzte für ein Beibehalten der Aufklärungspflicht aussprachen, 28,2 % verneinten die Frage und fast die Hälfte (44,6 %) verhielt sich unentschieden.

Wie aus Abb. 25 zu ersehen ist, bejahten von den an der Umfrage teilnehmenden (verneinende Antworten in Klammern) 35,6 % (21,2 %) der weniger als 5 Jahre tätigen Ärzte, 34,6 % (25,6 %) der zwischen 5 und 10 Jahre praktizierenden Ärzte und 24,9 % (29,8 %) der länger als 10 Jahre praktizierenden Ärzte diese Frage.

Unter den Rücksendern sprachen sich 31,0 % der Ärzte in Orten mit über 30000 Einwohnern, 25,9 % der Ärzte in Orten zwischen 5000 und 30000 Einwohnern und 23,7 % der Ärzte in Orten unter 5000 Einwohnern für ein Beibehalten der Aufklärungspflicht aus.

zu 2b.:

Von den antwortenden Ärzten sprachen sich 77,9 % dafür aus, die Aufklärungspflicht ganz in das Ermessen des Arztes zu stellen, 8,3 % verneinten das und 13,8 % verhielten sich unentschlossen (Abb. 23).

Unter den Antwortenden auf die Frage, ob die Aufklärungspflicht ganz in das Ermessen des Arztes gestellt werden sollte, bejahten (verneinende Antworten in Klammern) 64,4 % (15,3 %) der weniger als 5 Jahre praktizierenden Ärzte, 75,0 % (12,5 %) der zwischen 5 und 10 Jahre tätigen Ärzte und 80,4 % (6,6 %) der über 10 Jahre praktizierenden Ärzte (Abb. 26).

Von den Rücksendern beantworteten diese Frage zustimmend 81,6 % der Ärzte in Orten unter 5000 Einwohnern, 78,9 % der Ärzte in Orten zwischen 5000 und 30000 Einwohnern und 74,4 % der Ärzte in Orten über 30000 Einwohnern.

82,7 % der antwortenden Praktischen Ärzte und 73,0 % der an der Umfrage teilnehmenden Fachärzte wollten die Aufklärungspflicht ganz in das Ermessen des Arztes gestellt sehen.

Viele Ärzte betonten zusätzlich, daß die Aufklärungspflicht in das Ermessen des Arztes gestellt werden sollte.

Ein anderer Arzt wies darauf hin, daß Intelligenz und Bildung des Patienten mehr in Rechnung gestellt werden müßten.

Ein weiterer Arzt meinte, daß, wenn er schon aufklären müsse, ihm auch das Recht zugestanden werden müsse, schriftlich Fragen zu stellen, um die Kenntnisse des Patienten zu überprüfen.

Neben der Aufforderung: "Juristen und Politiker ausschalten" befaßten sich eine Reihe von Zuschriften mit der gesetzlichen Aufklärungspflicht:

Einige Ärzte betonten, daß der Jurist inkompetent sei und er damit auch überfordert sei, so schrieb ein Arzt:

"Ich bin der Meinung, daß die Juristen mit der Aufklärungsfrage gar nichts zu tun haben, da die Aufklärungsfrage lediglich eine Situation ist, die abhängig ist von der Kenntnis des Patienten und seiner Angehörigen und sie nur eine Gewissensfrage für den Arzt darstellt. Warum wollen sich die Juristen eine so schwierige Situation zu eigen machen, in der sie nur Unheil anrichten können. Sie führt 1. dazu, das Mißtrauen des Patienten zu erwecken, 2. würde eine juristische Fixierung der Aufklärungsfrage zu einer erheblichen Anhäufung von Strafprozessen und Zivilprozessen führen."

Ein anderer meinte dazu: "Grundsätzlich wäre zu wünschen, daß sich der Jurist aus all diesen Fragestellungen heraushält, von denen er absolut nichts versteht."

Weiter fügte er einen seiner Meinung nach akzeptablen Lösungsvorschlag hinzu und meinte: "Weiter wäre zu wünschen, daß Begutachtungen ärztlicher Handlungen in der Praxis draußen von honorigen und seriösen Praktikern geprüft und beurteilt würden, und nicht von irgendwelchen gerichtsmedizinischen Ordinarien, die von den Gegebenheiten der Praxis auch nichts wissen, und ev. wohlmeinend kollegial urteilen, was nicht der Sinn der Sache ist."

Tatsächlich findet sich in der uns bekannten Ständerechtsprechung kein Urteil, daß sich mit der Frage der Aufklärung beschäftigt.

Eine offenbar differenzierte Einstellung zur Aufklärungspflicht nahm ein anderer Arzt ein: "Die Aufklärungspflicht darf niemals zur Verunsicherung des Patienten führen! Vertrauen zum Arzt und Skepsis in seine Maßnahmen vertragen sich nicht! Angst vor forensische Maßnahmen darf nicht zur Einengung ärztlicher Maßnahmen führen! Gesetze zur Aufklärungspflicht sollten stärker die - wesentlich verbreitetere - unaufgeklärte, indolente und verunsicherte Bevölkerungsschicht berücksichtigen! Wer schützt den Arzt, wenn er einen ängstlichen Patienten durch seine Aufklärung vor einer lebensrettenden Maßnahme abgehalten hat??

In den meisten Fällen heißt ärztliche Aufklärung: dem Patienten wird eine Mitverantwortung aufgebürdet, die er auf Grund fehlender Kenntnis und Einsicht nicht tragen kann!! Wer Arzt ist, muß sich daran gewöhnen, mit praxisfremden Gesetzen konfrontiert zu werden. Ganz zu schweigen von dem Konflikt schulmedizinischer Erkenntnisse und moraltheologischer Verpflichtungen an einem katholischen Krankenhaus unter bürgerlichen Gesetzen in Einklang bringen zu sollen.

Per saldo liegt es auf der Hand, daß die Forderung, der Facharzt möge den Patienten in zumutbarer Frist "aufklären", (und der Begriff "Aufklärung" muß stehen) nahezu grotesk ist!"

12. Das Bild des Arztes von sich selbst

(nach den Antworten zum Fragebogen)

Durch die Antworten auf die gestellten Fragen zeichneten die antwortenden Ärzte ein Bild von sich, von ihrem Verhältnis zum Patienten und ihrer Einstellung zur Aufklärungspflicht.

Für die meisten der an der Umfrage teilnehmenden Ärzte traf das Bild des verantwortungsbewußten Arztes zu.

Dinge, die für den Patienten zum Gesundwerden oder zur Gesunderhaltung von Bedeutung sind, teilte er ihnen mit. In diesem Zusammenhang sei an die Aufklärung bei Gabe oder Verordnung von Medikamenten, die die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen, die Aufklärung bei der Verordnung von Antikoagulantien oder die Aufklärung bei Cortison-Langzeittherapie erinnert. Auch leichte und schwere Befunde werden mitgeteilt. Die Krebsdiagnose zu offenbaren, weigerte sich die überwiegende Mehrheit der Ärzte, nicht ohne darauf hinzuweisen, daß in diesem Fall natürlich die Angehörigen aufgeklärt würden. Komplikationen - besonders schwere und seltenere - wurden verhältnismäßig häufig vor-enthalten. So wiesen nur wenige der antwortenden Ärzte bei der Operation nach BILLROTH auf die Gefahr eines Stumpfkarcinoms hin, die meisten verwahrten sich gegen eine solche Zumutung.

Als oberster Grundsatz wurde das "nil nocere" herausgestellt oder auch der Grundsatz "salus aegroti suprema lex". Eindeutig erklärten vier Fünftel der antwortenden Ärzte, daß sie das Wohl des Patienten für wichtiger hielten als seine Entscheidungsfreiheit.

Die meisten der antwortenden Ärzte hatten keine gute Meinung von den medizinischen Kenntnissen ihrer Patienten. Viele Ärzte sahen Zeitungs-, Illustriertenartikel, Rundfunksendungen und Fernsehberichte als ungeeignet an, die medizinische Bildung des Patienten zu fördern. Es entsteht der Eindruck, als müßten sich Ärzte häufig mit dem Illustriertenhalbwissen ihrer Patienten herumschlagen, und sie scheinen das gar nicht gerne zu tun. Der Wunsch, die einzige Quelle für die Information über die Medizin zu sein, klang durch.

Die Antworten zum "Arzt-Jurist" oder "Arzt-Recht-Verhältnis" erzeugen den Eindruck, als würden viele Ärzte den Juristen in der Aufklärungsfrage als ungebetenen Eindringling in ihren Bereich ansehen.

Im folgenden soll für einige Ärzte-Teilkollektive auf unterschiedliche Antworten zu bestimmten Fragen hingewiesen werden.

Das Arzt-Patient-Jurist-Bild derjenigen Ärzte, die anonym geantwortet haben, ist kaum unterschiedlich von dem derjenigen, die ihre Fragebögen mit Unterschrift oder Stempel versehen haben. Insbesondere haben es die "Anonymen" den Juristen nicht "gegeben", wie man es hätte vermuten können.

Unter den Antwortenden teilten Praktische Ärzte weniger häufig schwerwiegende Diagnosen, wie unheilbare, progrediente Krankheiten, auch Krebs, mit als Fachärzte. Mehr Praktische Ärzte als Fachärzte glaubten auch, daß die Aufklärungspflicht in das Ermessen des Arztes gestellt werden sollte. Aufklärung und Einwilligung ließen sich die Praktischen Ärzte seltener bestätigen als Fachärzte.

Die Antworten der operativ tätigen Fachärzte unterschieden sich nicht auffallend von denen ihrer nicht operativ tätigen Kollegen.

In der Praxis tätige Ärzte gaben häufiger an, über die Diagnose aufzuklären, als die im Krankenhaus bzw. Klinik tätigen Ärzte. Gleiches gilt für die Aufklärung über Komplikationen bei Transfusionen und bei der Operation nach BILLROTH II.

Ärzte, die weniger als 5 Jahre tätig waren, gaben häufiger an, über die Diagnose aufzuklären, als ihre länger praktizierenden Kollegen. Die medizinischen Kenntnisse ihrer Patienten hielten sie weniger häufig für gut; auch bejahten sie häufiger die Frage, daß das Wohl des Patienten wichtiger sei als seine Entscheidungsfreiheit; sie sprachen sich ebenfalls häufiger dafür aus, daß die Aufklärungspflicht beibehalten werden sollte, obgleich noch zwei Drittel von ihnen die Aufklärungspflicht ganz in das Ermessen des Arztes stellen wollten.

Unter den Antwortenden klärten mehr Ärzte in größeren Orten als in kleineren Orten über schwere Diagnosen auf, Komplikationen wurden von Ärzten in kleinen Orten häufiger verschwiegen, Ärzte in großen Orten waren häufiger dazu bereit, die Aufklärungspflicht in der jetzigen Form anzuerkennen.

Welche Einflüsse den Arzt in seiner Einstellung zur Aufklärungspflicht beeinflussen, ist schwer zu sagen.

Nach den vorliegenden Ergebnissen müssen folgende Einflüsse am ehesten als wesentlich angesehen werden:

1. das Alter des Arztes und dessen Erfahrung im ärztlichen Beruf,
2. die Tätigkeit des Arztes, die Konfrontation mit den verschiedenartigen Krankheiten (z.B. unterschiedliche Aufklärung über die Krebsdiagnose beim Chirurgen und beim Augenarzt).

Alle weiteren Einflüsse scheinen von untergeordneter Bedeutung zu sein.

Der Einfluß des Patienten ist schwer zu beurteilen.

Ähnliches gilt für den Einfluß der Größe des Ortes. Ein wesentlicher Unterschied in der Haltung zur Aufklärungspflicht ließ sich zwischen Praktischen Ärzten in Orten unter 5000 Einwohnern und dem Gesamtkollektiv der Praktischen Ärzte nicht finden.

III. ABSCHLIESSENDE DISKUSSION

Die Auffassungsunterschiede zur Aufklärungspflicht von Arzt - beurteilt nach den Antworten zum Fragebogen - und Jurist - beurteilt nach den erklärten Grundsätzen des Reichsgerichtes und des Bundesgerichtshofes - sind grundsätzlicher Natur.

Das Reichsgericht bzw. der Bundesgerichtshof stellen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten an die Spitze ihrer Werteskala:

"... Aufklärung selbstverständlich nur gegenüber einem Kranken Sinn hat, der fähig ist, Art, Zweck und Folgen der Behandlung zu beurteilen und in der Frage der Behandlung einen Willensentschluß zu fassen, denn nur ein Kranker, der hierzu in der Lage ist, kann wirksam sein Einverständnis mit der vorgesehenen Behandlung erklären." ⁵⁵

Eine ergänzende Äußerung findet sich in einem Urteil des Reichsgerichtes: ⁵⁶

"... daß der Kranke besonders bei einer gefährlichen Erkrankung völlige Aufklärung regelmäßig nötig haben wird, um seine häuslichen und geschäftlichen Angelegenheiten dementsprechend bestellen zu können."

Der Grundsatz des "nil nocere" wird nur bei der Krebsaufklärung in geringem Umfang zugelassen: ⁵⁷

"Nur in dem besonderen Fall, daß die mit der Aufklärung verbundene Eröffnung der Natur des Leidens zu einer ernsten und nicht behebbaren Gesundheitsschädigung des Patienten führen würde, könnte ein Absehen von der Aufklärung gerechtfertigt sein."

Demgegenüber stellten einige der antwortenden Ärzte für die Aufklärung ausdrücklich das "nil nocere" oder "salus aegroti suprema lex" als höchstes Gut heraus.

Durch die Antworten zu den verschiedenen Fragen des Fragebogens wurde das von den meisten Ärzten bestätigt.

So teilten viele der antwortenden Ärzte ihren Patienten leichte und auch schwere Diagnosen mit, wenige jedoch den Befund bei unheilbaren, progredienten Krankheiten oder Krebskrankheiten.

⁵⁵ BGHZ 29, 46, 51

⁵⁶ RGSt 66, 181, 182

⁵⁷ BGHZ 29, 176, 185

Die überwiegende Mehrheit der Antwortenden klärte bereitwillig über die Möglichkeit der Blutung bei Antikoagulantientherapie, über mögliche Fahruntüchtigkeit bei Gabe oder Verordnung entsprechender Medikamente oder über Komplikationen bei Cortisonlangzeittherapie auf. Nur wenige der antwortenden Ärzte waren bereit, über seltene Komplikationen aufzuklären. Lediglich wenige Außenseiter gaben z.B. an, bei der Operation nach BILLROTH II über die Möglichkeit eines Stumpfkarcinoms aufzuklären.

Die obigen Beispiele zeigen, daß sich die Auffassungsunterschiede in der Aufklärungspflicht zwischen Arzt und Jurist vor allem in den Fragen der Komplikations- und der Diagnoseaufklärung zeigen.

Bei der Diskussion, ob bei der Aufklärungspflicht der Selbstbestimmung des Patienten oder dem Wohl des Patienten der Vorrang eingeräumt werden sollte, müssen m.E. vor allem zwei Fragen beantwortet werden:

1. die Frage, inwieweit der Patient in der Lage ist, medizinische Fragen zu erfassen und sich logisch mit diesen auseinanderzusetzen,
2. die Frage nach der psychischen Belastbarkeit des Patienten.

Der Bundesgerichtshof sieht den Patienten als einsichtigen, willensstarken und beherrschten Menschen (siehe auch Zitat von GRÜNWALD, Seite 5).

Die meisten der antwortenden Ärzte dagegen sprachen dem Patienten die Fähigkeit ab, medizinische Probleme zu beurteilen und hielten seine medizinischen Kenntnisse für nicht gut.

Unterstützt wird das durch die zitierte Untersuchung von LOEBERT⁵⁸, der zeigen konnte, daß vielen Diabetespatienten - auch bei Teilnahme an einer gesonderten Diabetesberatung - die notwendigen Kenntnisse für die unerläßliche Selbstbehandlung fehlen.

Auch die Frage der psychischen Belastbarkeit des Patienten wurde von den meisten der antwortenden Ärzte anders gesehen als vom Bundesgerichtshof. Das geht vor allem aus den Antworten zur Aufklärung über die Diagnose bei unheilbaren, progredienten Krankheiten, bei Krebskrankheiten und besonders bei der Aufklärung über die Möglichkeit eines Stumpfkarcinoms nach einer BILLROTH II-Operation hervor.

⁵⁸ LOEBERT, L.

Kenntnisse des Diabetikers über seine Krankheit
Dt. med. Wschr. 1972, S. 1055 ff.

Die meisten der antwortenden Ärzte schätzten offenbar die medizinischen Kenntnisse, die Beurteilungsfähigkeit medizinischer Probleme und die psychische Belastbarkeit nicht hoch ein.

So ist es erklärlich, daß 79,2 % der antwortenden Ärzte das Wohl des Patienten für wichtiger hielten als seine Entscheidungsfreiheit.

Bei der Frage, ob der Argumentation des Juristen oder des Arztes gefolgt werden kann, müssen die Voraussetzungen für die Selbstbestimmung des Patienten erörtert werden.

Will der Patient z.B. über die Notwendigkeit einer Operation gewissenhaft und sachkundig entscheiden, so muß der Arzt ihm die notwendige Information mitteilen: die Diagnose, die Prognose, die Behandlungsmöglichkeiten mit Vor- und Nachteilen, die möglichen und sicheren Folgen der Behandlung. Diese Informationen sind vom Arzt sachlich mitzuteilen, ohne etwas Wesentliches zu verschweigen und ohne irgendetwas zu beschönigen oder herunterspielen.

Wie auch der Bundesgerichtshof erkannt hat, kann diese Art der Selbstbestimmung zu fatalen Folgen für den Patienten führen. Aus dieser Einsicht resultiert auch die Entscheidung des Bundesgerichtshofs, daß, wenn die Aufklärung zu nicht behebbaren Gesundheitsschädigungen des Patienten führen würde, von der Aufklärung abgesehen werden könne.⁵⁹

Da bei vielen Krebspatienten die Reaktion auf eine wahrhaftige Aufklärung, die insbesondere die Prognose nicht beschönigt, nicht vorherzusehen ist, liegt die Forderung nahe, dem Krebspatienten die Prognose zu verschweigen.

Das ist auf zwei Weisen möglich:

1. durch Verschweigen der Diagnose bzw. durch Mitteilung einer "Ersatzdiagnose",
2. durch Mitteilung der Krebsdiagnose und dem Patienten gleichzeitig Hoffnung auf Heilung zu geben.

Wer sich für eine dieser beiden Möglichkeiten, bei Krebs "aufzuklären", entscheidet, nimmt naturgemäß, da der Patient die Prognose nicht kennt, diesem die Möglichkeit einer echten Selbstbestimmung.

Für denjenigen, der glaubt, seinem Krebspatienten eine "Ersatzdiagnose" mitteilen zu müssen, entstehen bei der Aufklärung folgende Schwierigkeiten:

⁵⁹ BGHZ 29, 176, 184 f.

1. Da die Eingriffe bei Krebskrankheiten häufig sehr schwer sind, treten bei diesen häufiger und schwerere Komplikationen auf. Wenn der Arzt den Patienten über die Schwere der Komplikationen und Größe des Eingriffs wahrheitsgemäß aufklärt, ist es möglich, daß der Patient, da ihm ja eine vergleichsweise harmlose Ersatzdiagnose mitgeteilt worden ist, den lebensnotwendigen Eingriff ablehnt.
2. Bei einem Arzt, von dem bekannt ist, daß er dem Patienten bei Krebskrankheiten die Diagnose vorenthält und ihm eine Ersatzdiagnose mitteilt, kann der Patient nie wissen, ob es sich bei der mitgeteilten Diagnose um eine wahre Diagnose oder um eine Ersatzdiagnose handelt.

Aus den obengenannten Gründen muß man sich m.E. für eine der beiden folgenden Möglichkeiten bei der Aufklärung entscheiden:

1. das strikte und ausnahmslose Beibehalten der Selbstbestimmungsaufklärung und Tolerierung aller nachteiligen möglichen Folgen für den Patienten.
2. das völlige Fallenlassen der Selbstbestimmungsaufklärung als Voraussetzung für einen rechtswirksamen Eingriff. Als "Ausgleich" hierfür könnten die Anforderungen bei der therapeutischen Aufklärung verschärft und die Beweislast bei der Kunstfehlerklage umverteilt werden.

Ich halte die zweite Möglichkeit für die für Arzt und Patient gerechtere und auch praktikable Lösung.

IV. ZUSAMMENFASSUNG

Nach übereinstimmender Rechtsprechung des Reichsgerichtes und des Bundesgerichtshofes ist der Arzt verpflichtet, den Patienten über Befund, Prognose, Therapie sowie sichere und mögliche Folgen der Behandlung aufzuklären.

Eine Umfrage unter 1072 Ärzten zu diesem Thema in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Koblenz-Montabaur und Pfalz ergab folgende wesentliche Ergebnisse:

1. Bei der Frage nach der Aufklärung über die Diagnose gaben 89,4 % der antwortenden Ärzte an, bei leichtem Befund unaufgefordert die Diagnose mitzuteilen, 78,0 % wollten das bei schwerem Befund, 11,2 % bei unheilbaren, progredienten Krankheiten und 8,8 % bei bösartigen Tumoren von sich aus tun.

Die Ablehnung der Diagnosemitteilung bei bösartigen Tumoren wurde von den antwortenden Ärzten vor allem begründet mit:

- a) den schlechten medizinischen Kenntnissen der Patienten (73,0 % der antwortenden Ärzte meinten, daß ihre Patienten keine guten medizinischen Kenntnisse besäßen);
- b) der geringen psychischen Belastbarkeit des Patienten;
- c) der Gefahr, daß der Patient durch Mitteilung der Diagnose einer unheilbaren Krankheit den "sozialen Tod" erleidet. Der "soziale Tod" droht dem Patienten dadurch, daß seine Beziehungen und Bindungen durch Abbruch bisheriger Beziehungen (Arbeitsplatz etc.) durch die Krankenhauseinweisung vermindert werden und er in eine Isolation gerät, die durch Mitteilung der Diagnose einer unheilbaren Krankheit irreversibel wird.

Fast alle Ärzte gaben an, bei schweren Krankheiten (96,8 %) und bei unheilbaren Krankheiten (96,1 %) die Angehörigen über die Diagnose aufzuklären.

2. Die Aufklärung über mögliche Folgen der Behandlung spielt in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs eine hervorragende Rolle.

Von den antwortenden Ärzten klärten 64,1 % über häufige Komplikationen (über 5 %) und 21,6 % über seltene Komplikationen der Behandlung (unter 5 %) auf. Es zeigt sich somit bei der Aufklärung über mögliche Komplikationen der Behandlung eine eindeutige Orientierung an der vorgegebenen 5%-Marke.

Die Antworten auf Fragen zur Komplikationsaufklärung an Beispielen zeigten weiter,

daß die meisten Ärzte dann aufklären, wenn dadurch Schaden für den Patienten verhütet werden kann (z. B. Aufklärung über mögliche Blutungen bei Antikoagulantientherapie).

3. Bei der Frage nach der Einstellung zur gesetzlichen Aufklärungspflicht meinten etwa ein Drittel (36,6 %) der antwortenden Ärzte, daß die Forderung von juristischer Seite nach Aufklärungspflicht über Befund, Therapie und Prognose zu Recht bestehe. Eine Minderheit (27,2 %) sprach sich dafür aus, die Aufklärungspflicht beizubehalten, die Mehrheit (77,9 %) dagegen wollte die Aufklärungspflicht ganz in das Ermessen des Arztes gestellt sehen.

Beim Vergleich zwischen den Meinungsäußerungen der antwortenden Ärzte und den Forderungen und Vorstellungen des Bundesgerichtshofes findet sich eine weitgehende Übereinstimmung auf dem Gebiet der "therapeutischen Aufklärung" (Aufklärung über die Rolle des Patienten für die Therapie, Aufklärung über mögliche Komplikationen der Behandlung, deren Kenntnis Schaden für den Patienten verhindern kann).

Eine unterschiedliche Auffassung über die Aufklärung findet sich bei der "Selbstbestimmungsaufklärung" (Aufklärung, die dem Patienten die Möglichkeit gibt, sich mit Hilfe der erhaltenen Information frei und sachlich abwägend zu entscheiden), hier insbesondere bei Kranken mit bösartigen Tumoren.

Ursache für die unterschiedliche Ansicht auf diesem Gebiet ist vor allem das Bild vom Patienten.

Der Jurist sieht "seinen Normpatienten" als intelligent, willensstark und beherrscht an, der bei Belastungen über sich selbst eher hinauswächst.

Der Arzt hält die Beurteilungsfähigkeit des Patienten in medizinischen Fragen und seine psychische Belastbarkeit für begrenzt.

Der Bundesgerichtshof verlangt deshalb heute vom Arzt - abgesehen von Ausnahmen bei der Diagnosemitteilung bei Krebspatienten - die volle Aufklärung.

Bei der Frage, ob der Ansicht des Juristen oder der des Arztes zuzustimmen ist, muß folgendes festgehalten werden:

1. Die vorliegende Untersuchung bestätigt weitgehend das Patientenbild des Arztes, weitere Untersuchungen zur endgültigen Klärung erscheinen notwendig.

2. Die "Lücke" bei der Diagnoseaufklärung bei Krebskrankheiten führt zur Unsicherheit des Arztes, die für Patient und Arzt nachteilig ist. Notwendig ist m.E. eine Entscheidung für eine uneingeschränkte Selbstbestimmungsaufklärung oder gegen sie.

V. TABELLEN UND ABBILDUNGEN

Tabelle 1: Aufgliederung des Kollektivs der "angeschriebenen Ärzte" nach Einzugsgebiet und Spezialisierungsrichtung

Fachrichtung	Gebiet				rel. Häufigkeit	Insgesamt Anzahl	rel. Häufigkeit
	KV Koblenz-Montabaur Anzahl	rel. Häufigkeit	KV Pfalz Anzahl				
Praktische Ärzte/ FA. f. Allg. Medizin	685	57,1 %	569		1254	53,7 %	55,5 %
Anästhesist	2	0,2 %	5		7	0,5 %	0,3 %
Augenarzt	51	4,2 %	45		96	4,3 %	4,3 %
Chirurg	79	6,6 %	52		131	4,9 %	5,8 %
Frauenarzt	65	5,4 %	64		129	6,0 %	5,7 %
HNO-Arzt	37	3,1 %	37		74	3,5 %	3,3 %
Hautarzt	22	1,8 %	28		50	2,6 %	2,2 %
Internist	144	12,0 %	121		265	11,4 %	11,7 %
Kinderarzt	36	3,0 %	44		80	4,2 %	3,5 %
Laborarzt	1	0,1 %	10		11	0,9 %	0,5 %
Lungenarzt	11	0,9 %	13		24	1,2 %	1,1 %
Mund- u. Kieferchirurg	1	0,1 %	1		2	0,1 %	0,1 %
Nervenarzt	22	1,8 %	17		39	1,6 %	1,7 %
Orthopäde	18	1,5 %	21		39	2,0 %	1,7 %
Pathologe	1	0,1 %	0		1	0,0 %	0,0 %
Radiologe	14	1,2 %	21		35	2,0 %	1,6 %
Urologe	11	0,9 %	12		23	1,1 %	1,0 %
Fachärzte insges.	515	42,9 %	491		1006	46,3 %	44,5 %
Ärzte insgesamt	1200	100,0 %	1060		2260	100,0 %	100,0 %

Tabelle 2: Aufgliederung des Kollektivs der "antwortenden Ärzte" nach der Spezialisierungsrichtung

Fachrichtung	Anzahl	rel. Häufigkeit
Praktische Ärzte/ FA. f. Allg. Medizin	515	48,0 %
Anästhesist	6	0,6 %
Augenarzt	48	4,5 %
Chirurg	80	7,5 %
Frauenarzt	72	6,7 %
HNO-Arzt	41	3,8 %
Hautarzt	27	2,5 %
Internist	145	13,5 %
Kinderarzt	42	3,9 %
Laborarzt	3	0,3 %
Lungenarzt	10	0,9 %
Mund- und Kieferchirurg	1	0,1 %
Nervenarzt	26	2,4 %
Orthopäde	19	1,8 %
Pathologe	1	0,1 %
Radiologe	19	1,8 %
Urologe	14	1,3 %
Fachärzte insges.	554	51,7 %
ohne Antwort	3	0,3 %
Ärzte insgesamt	1072	100,0 %

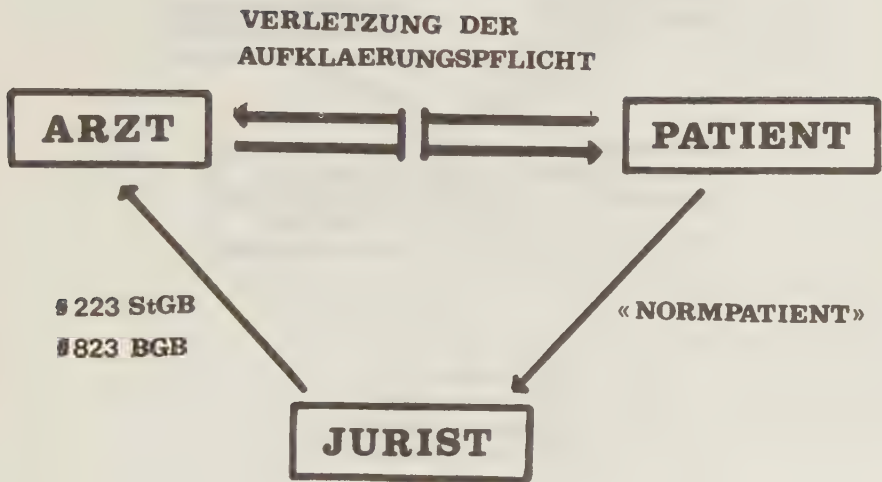


Abb. 1:

Graphische Darstellung zur Stellung des Juristen bei Bruch des bilateralen Arzt-Patient-Verhältnisses.

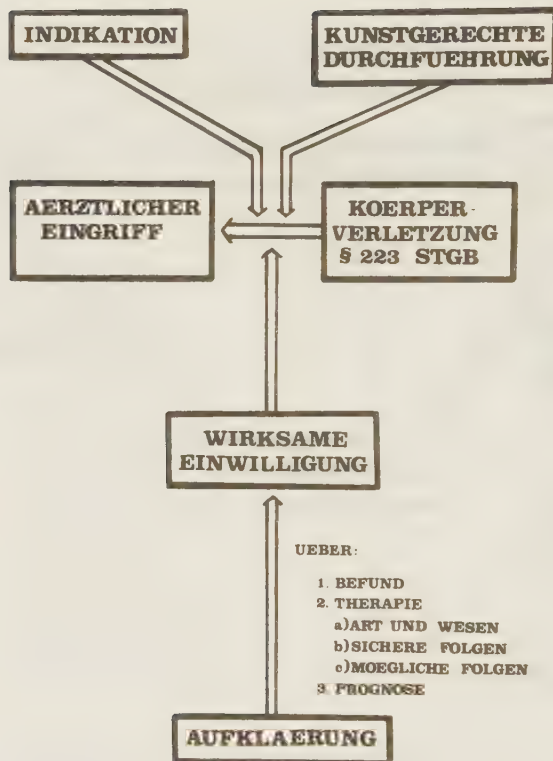


Abb. 2:

Graphische Darstellung zu der Frage, welche Voraussetzungen für einen rechtlich einwandfreien ärztlichen Eingriff erfüllt sein müssen.

Rheinland-Pfalz

Verst. 1:500



Abb. 3:

Rheinland-Pfalz-Karte mit Kennzeichnung der Gebiete der KV Koblenz-Montabaur und der KV Pfalz.

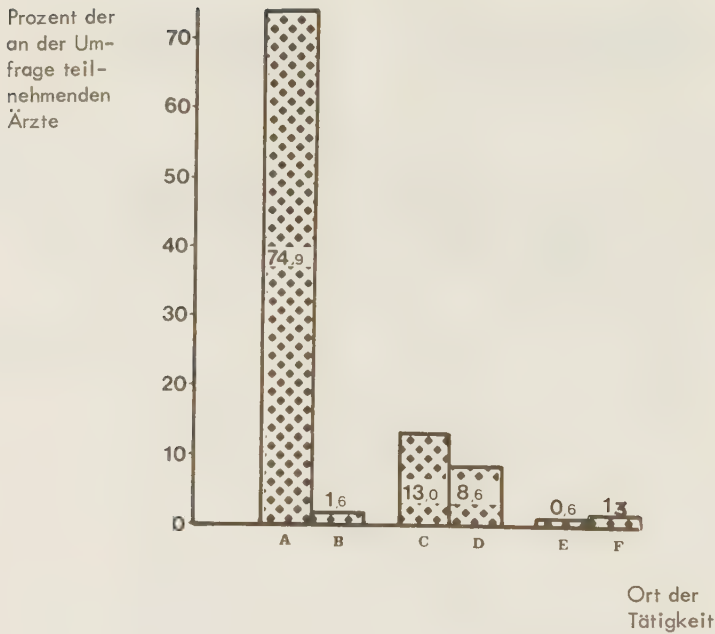


Abb. 4:

Empirische Verteilung des Merkmals "Ort der ärztlichen Tätigkeit" mit den Ausprägungen:

- (A) Einzelpraxis
- (B) Gemeinschaftspraxis
- (C) Klinik oder Krankenhaus
- (D) Klinik/Krankenhaus und Praxis
- (E) sonstige Institutionen
- (F) keine Angabe

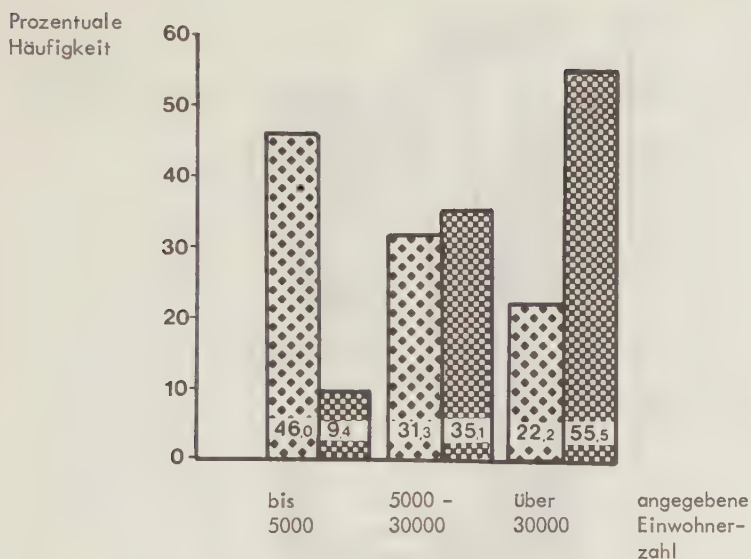


Abb. 5:

Prozentuale Häufigkeit des Merkmals "Größenordnung des Ortes ärztlicher Tätigkeit für:



Praktische Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin und



Fachärzte

getrennt.

(von 3 Prakt. Ärzten/Ärzten für Allgemeinmedizin (entspr. 0,5 %) wurde die Frage nicht beantwortet)

Prozentuale
Häufigkeit

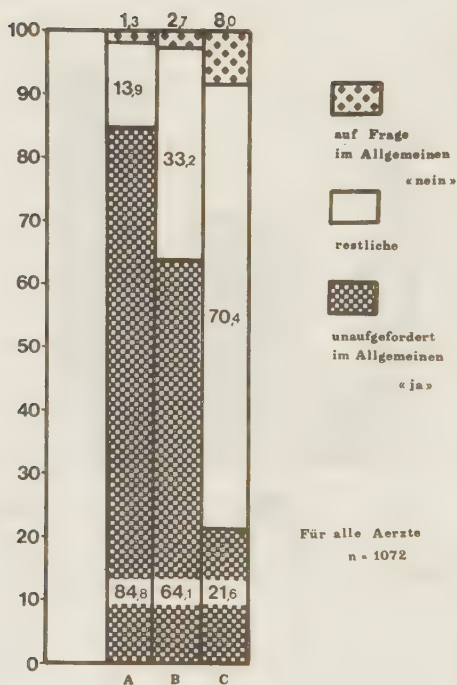


Abb. 6:

Graphische Darstellung der prozentualen Anteile positiver, neutraler und ablehnender Antworten auf die Fragen:

- (A) Die geplante Therapie lege ich meinen Patienten in großen Zügen dar.
- (B) Häufige Komplikationen (Häufigkeit über 5 %) der Behandlung teile ich meinen Patienten vor der Behandlung mit.
- (C) Ich kläre meine Patienten vor der Behandlung über seltene Komplikationen der Behandlung (Häufigkeit unter 5 %) auf.

Prozentuale
Häufigkeit

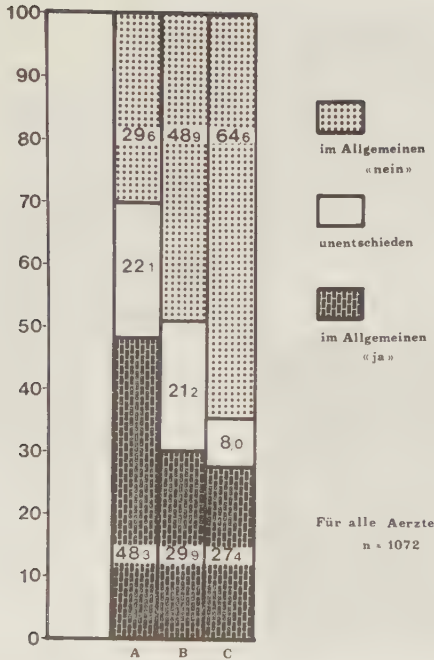
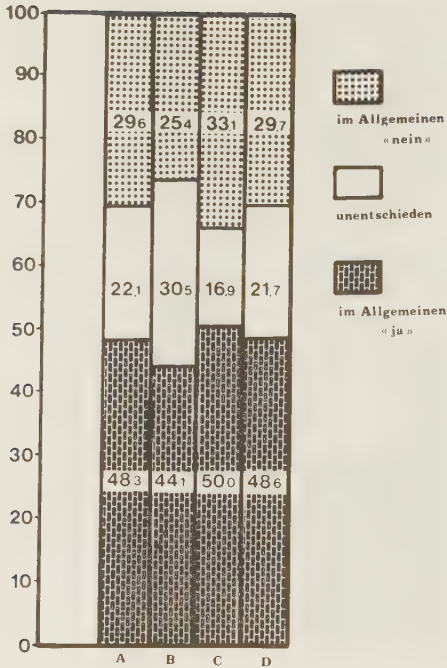


Abb. 7:

Prozentuale Häufigkeit positiver, neutraler und ablehnender Stellungnahmen zu den Fragebogen-Items:

- (A) Wenn ich von der Schulmedizin abweiche, kläre ich meine Patienten darüber auf.
- (B) Ich kläre auch auf, wenn ich dadurch eine negative Beeinflussung des Heilerfolges befürchten muß.
- (C) Ängstliche Patienten versuche ich dadurch zur Behandlung zu bewegen, indem ich den Eingriff verharmlose und auch auf häufige Komplikationen (über 5 %) nicht hinweise.

Prozentuale
Häufigkeit



Dauer ärztlicher
Tätigkeit

Abb. 8:

Prozentuale Häufigkeit positiver, neutraler und ablehnender Stellungnahmen auf die Frage:

Wenn ich von der Schulmedizin abweiche, kläre ich meine Patienten darüber auf.
für die Kollektive:

- (A) alle antwortende Ärzte,
- (B) alle weniger als 5 Jahre praktizierende Ärzte,
- (C) alle zwischen 5 und 10 Jahre praktizierende Ärzte,
- (D) alle über 10 Jahre praktizierende Ärzte.

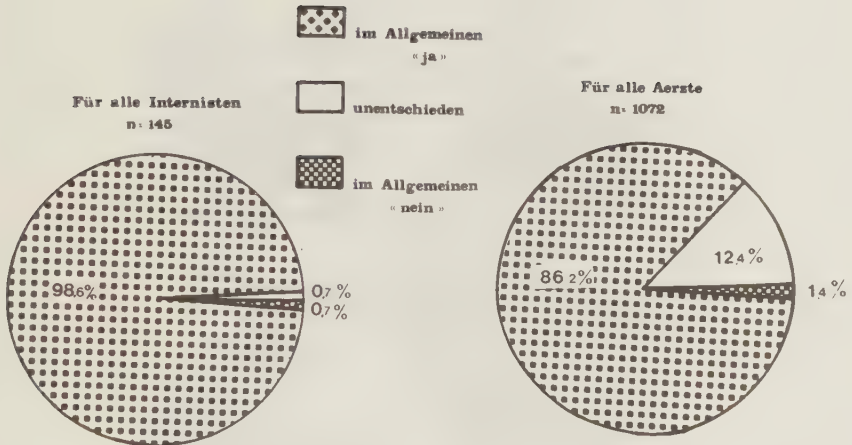


Abb. 9:

Graphische Darstellung der prozentualen Anteile positiver, neutraler und ablehnender Antworten auf die Frage:

Bei der Verordnung von Antikoagulantien (z.B. nach Herzinfarkt) weise ich meine Patienten auf mögliche Blutungen hin.

für alle antwortenden Ärzte und
 alle antwortenden Internisten
getrennt.

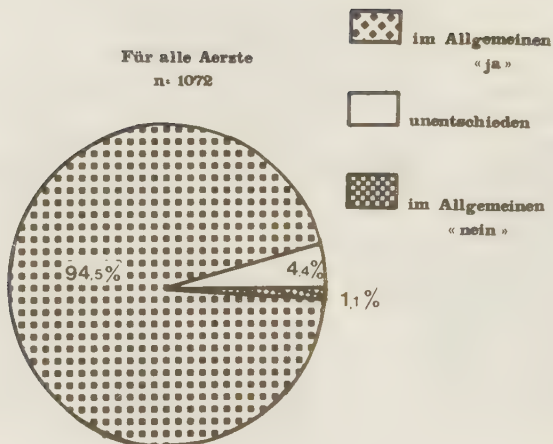


Abb. 10:

Prozentuale Häufigkeit zustimmender, neutraler und ablehnender Antworten auf die Frage:

Bei Gabe und Verordnung von entsprechenden Medikamenten weise ich auf erhöhte Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit zusammen mit Alkohol hin.

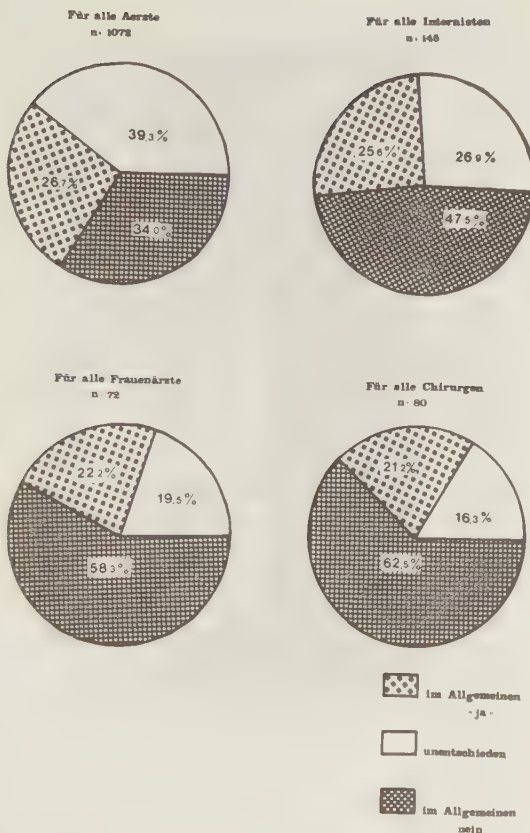


Abb. 11:

Prozentuale Häufigkeit positiver, neutraler und ablehnender Antworten auf die Frage:

Bei Transfusionen weise ich auf die Möglichkeit einer Hepatitisinfektion hin

für:

- alle antwortenden Ärzte
- alle antwortenden Internisten
- alle antwortenden Frauenärzte und
- alle antwortenden Chirurgen

getrennt.

Prozentuale
Häufigkeit

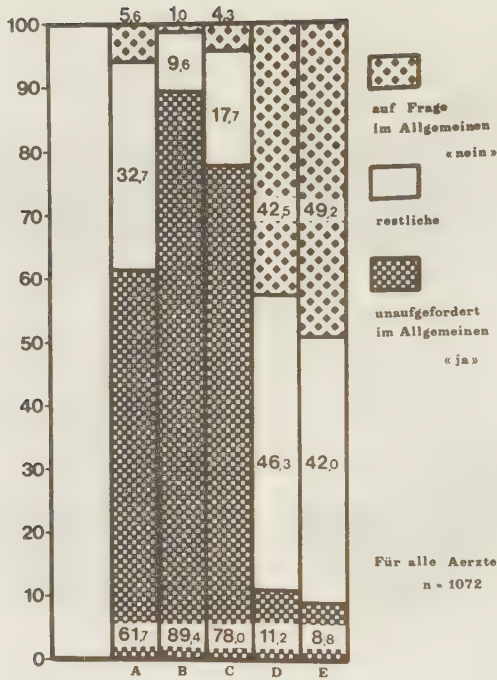


Abb. 12:

Prozentuale Anteile zustimmender, neutraler und ablehnender Antworten auf die Fragen:

- (A) In Verdachtsfällen teile ich meinen Patienten die Vermutungsdiagnose mit.
- (B) Ich kläre meine Patienten auf bei leichtem Befund.
- (C) Ich kläre meine Patienten auf bei schwerem Befund (lebensbedrohliche Zustände, Gefahr von Dauerschäden).
- (D) Patienten mit unheilbarer, progredienter Krankheit teile ich die Diagnose mit.
- (E) Patienten mit bösartigen Tumoren teile ich die Diagnose mit.

Prozentuale
Häufigkeit

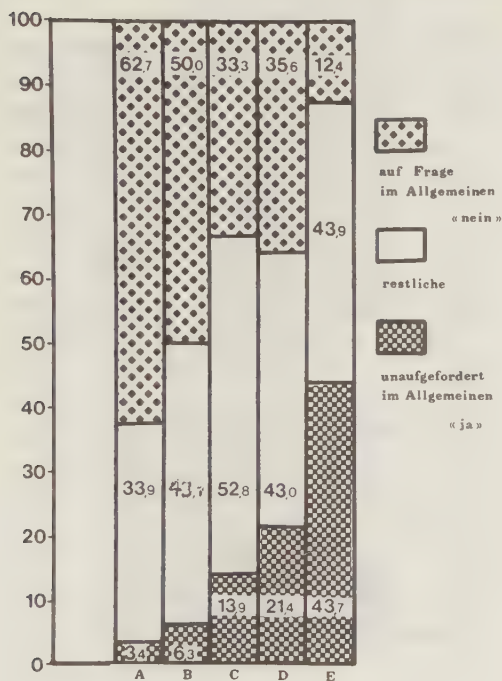


Abb. 13:

Graphische Darstellung prozentualer Häufigkeiten positiver, neutraler und negativer Antworten auf die Frage:

Patienten mit bösartigen Tumoren teile ich die Diagnose mit.

für die Kollektive:

- (A) Internisten
- (B) Chirurgen
- (C) Frauenärzte
- (D) HNO-Ärzte
- (E) Augenärzte

getrennt.

Prozentuale
Häufigkeit

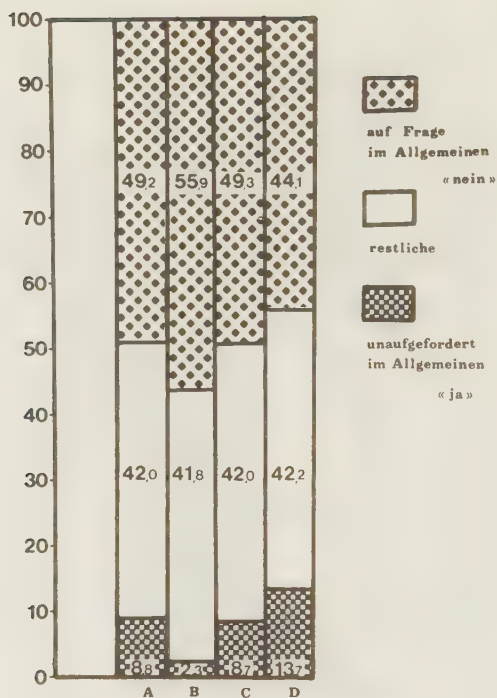


Abb. 14:

Prozentuale Anteile zustimmender, neutraler und positiver Antworten auf die Frage:
Patienten mit bösartigen Tumoren teile ich die Diagnose mit:
für die Kollektive:

- (A) alle Ärzte
- (B) Ärzte in Orten unter 5000 Einwohnern
- (C) Ärzte in Orten zwischen 5000 und 30000 Einwohnern
- (D) Ärzte in Orten über 30000 Einwohnern

getrennt.

Prozentuale
Häufigkeit

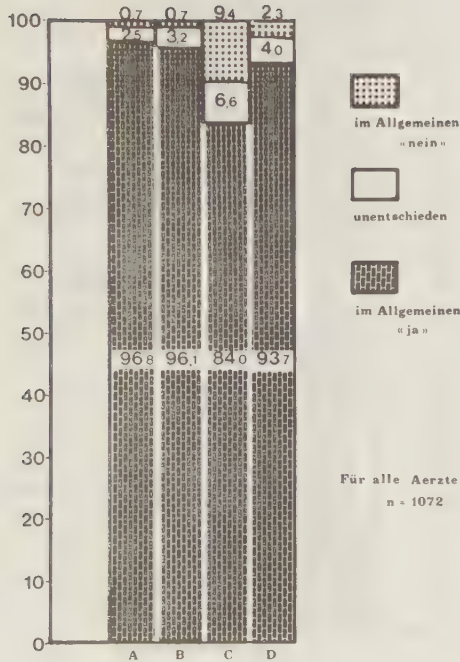


Abb. 15:

Graphische Darstellung prozentualer Anteile positiver, neutraler und negativer Antworten auf die Fragen:

- (A) Die Angehörigen kläre ich auf, wenn der Patient unheilbar ist.
- (B) Die Angehörigen kläre ich auf, wenn der Patient schwer krank ist.
- (C) Die Angehörigen kläre ich auf, wenn der Patient minderjährig (unter 21 Jahre) ist.
- (D) Die Angehörigen kläre ich auf, wenn der Patient ohne Einsicht für das Geschehen ist.

Prozentuale
Häufigkeit

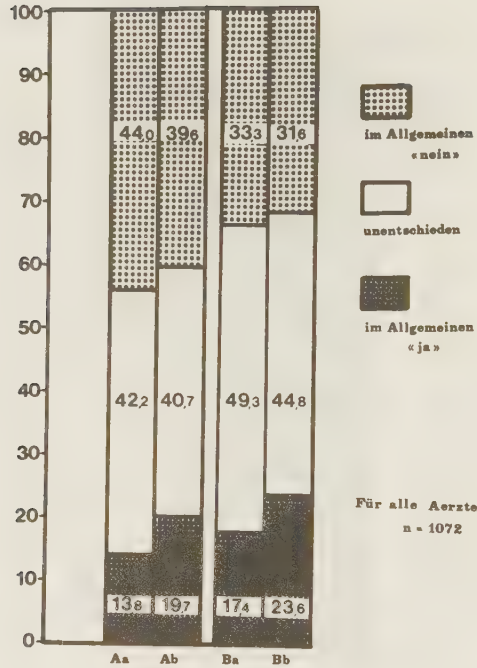


Abb. 16:

Prozentuale Häufigkeit zustimmender, unentschiedener und ablehnender Antworten auf die Fragen:

- (A) Bei größeren Eingriffen lasse ich meine Patienten nach der Aufklärung die Aufklärung über die Behandlung bestätigen:
- a) vor Zeugen
 - b) schriftlich.
- (B) Bei größeren Eingriffen lasse ich meine Patienten nach der Aufklärung ihr Einverständnis zur Behandlung erklären:
- a) vor Zeugen
 - b) schriftlich.

Prozentuale
Häufigkeit

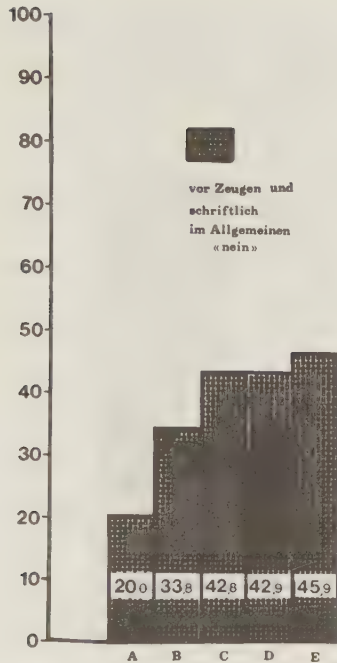


Abb. 17:

Prozentuale Häufigkeit negativer Äußerungen zu beiden Unterpunkten der Feststellungen:

bei größeren Eingriffen lasse ich meine Patienten nach der Aufklärung die Aufklärung über die Behandlung bestätigen:

a) vor Zeugen

b) schriftlich

für die Kollektive:

- (A) Frauenärzte
- (B) Chirurgen
- (C) Urologen
- (D) HNO-Ärzte
- (E) Augenärzte

getrennt.

Prozentuale
Häufigkeit

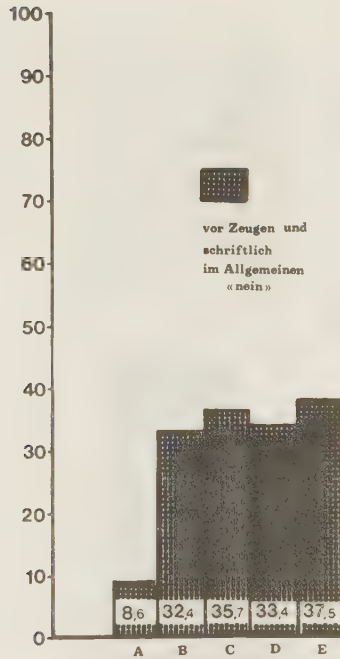


Abb. 18:

Prozentuale Anteile negativer Äußerungen zu beiden Unterpunkten der Feststellungen:
bei größeren Eingriffen lasse ich meine Patienten nach der Aufklärung ihr Einverständnis zur Behandlung erklären:

a) vor Zeugen

b) schriftlich

für die Kollektive:

- (A) Frauenärzte
- (B) Chirurgen
- (C) Urologen
- (D) HNO-Ärzte
- (E) Augenärzte

getrennt.

Prozentuale
Häufigkeit

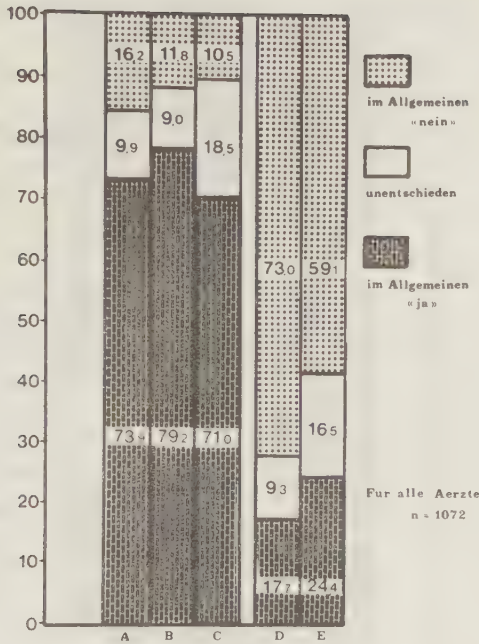


Abb. 19:

Prozentuale Häufigkeiten positiver, neutraler und negativer Antworten auf die Fragen:

- (A) Eingehende Aufklärung verbessert das Patient-Arzt-Verhältnis.
- (B) Ich halte das Wohl des Patienten für wichtiger als seine Entscheidungsfreiheit.
- (C) Meine Patienten wünschen aufgeklärt zu werden.
- (D) Die meisten Patienten haben heute gute medizinische Kenntnisse.
- (E) Zeitungs-, Illustriertenartikel, Rundfunksendungen und Fernsehberichte über medizinische Probleme verbessern das medizinische Verständnis des Patienten.

Prozentuale
Häufigkeit

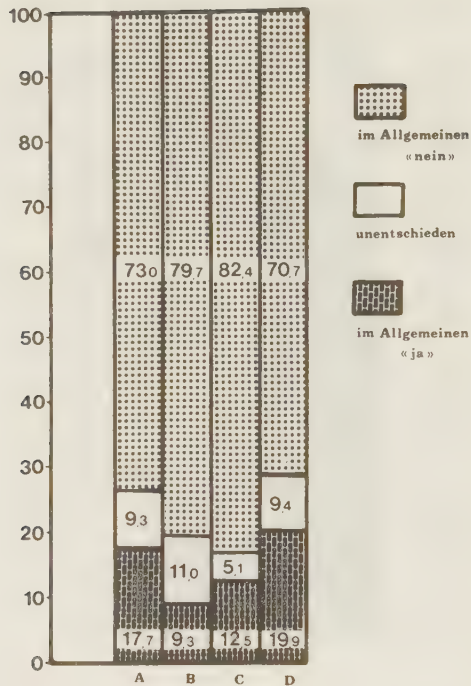


Abb. 20:

Graphische Darstellung prozentualer Anteile zustimmender, unentschiedener und ablehnender Antworten auf die Frage:

Die meisten Patienten haben heute gute medizinische Kenntnisse:
für die Kollektive:

- (A) alle Ärzte
- (B) weniger als 5 Jahre praktizierende Ärzte
- (C) zwischen 5 und 10 Jahre praktizierende Ärzte
- (D) über 10 Jahre praktizierende Ärzte

getrennt.

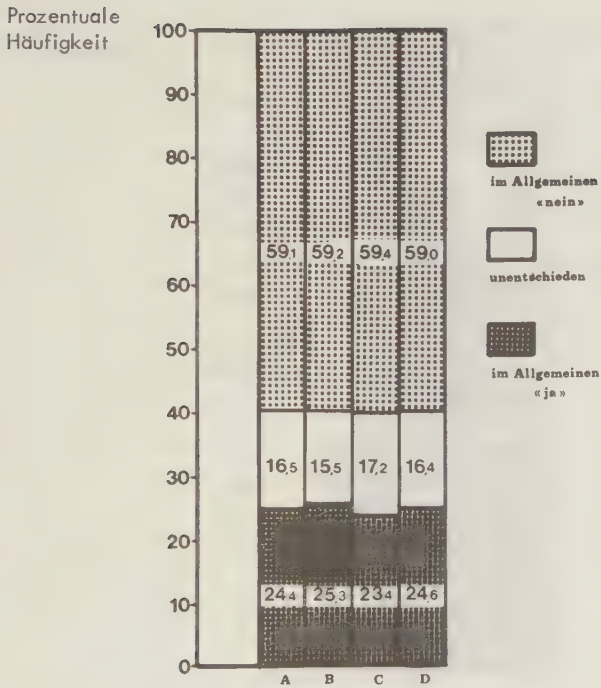


Abb. 21:

Prozentuale Anteile positiver, neutraler und negativer Antworten auf die Frage:

Zeitungs-, Illustriertenartikel, Rundfunksendungen und Fernsehberichte über medizinische Probleme verbessern das medizinische Verständnis des Patienten

für die Kollektive:

- (A) alle Ärzte
- (B) Ärzte in Orten unter 5000 Einwohnern
- (C) Ärzte in Orten zwischen 5000 und 30000 Einwohnern
- (D) Ärzte in Orten über 30000 Einwohnern

getrennt.

Prozentuale
Häufigkeit

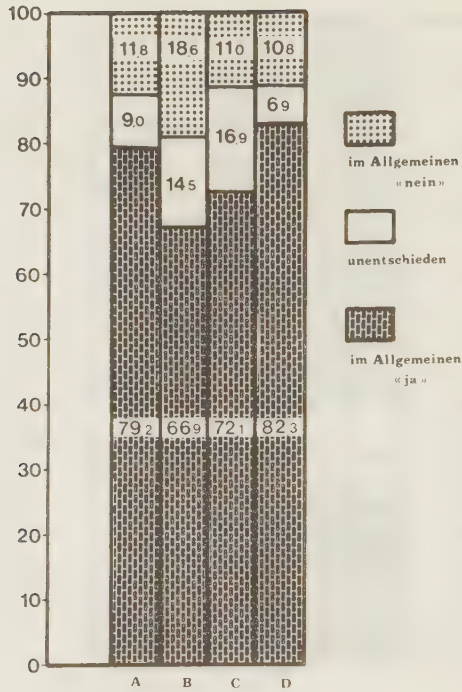


Abb. 22:

Graphische Darstellung prozentualer Anteile positiver, neutraler und negativer
Antworten auf die Frage:

Ich halte das Wohl des Patienten für wichtiger als seine Entscheidungsfreiheit:
für die Kollektive:

- (A) alle Ärzte
- (B) weniger als 5 Jahre praktizierende Ärzte
- (C) zwischen 5 und 10 Jahre praktizierende Ärzte
- (D) über 10 Jahre praktizierende Ärzte

getrennt.

Prozentuale
Häufigkeit

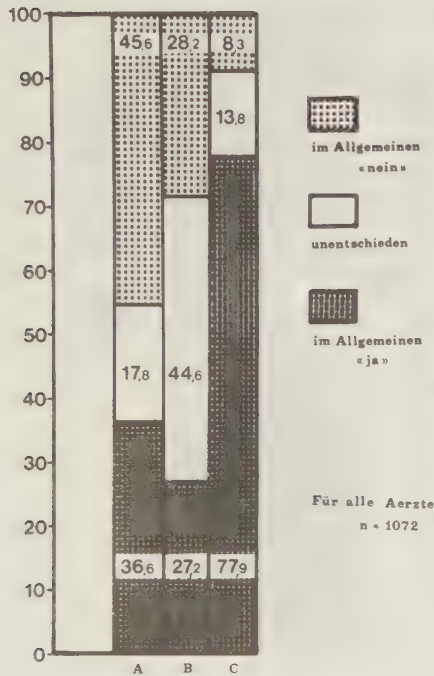


Abb. 23:

Graphische Darstellung prozentualer Häufigkeiten zustimmender, unentschiedener und ablehnender Antworten auf die Fragen:

- (A) Meiner Meinung nach besteht die Forderung von juristischer Seite nach der Aufklärungspflicht über Befund, Therapie und Prognose zu Recht.
- (B) Die Aufklärungspflicht sollte beibehalten werden.
- (C) Die Aufklärungspflicht sollte ganz in das Ermessen des Arztes gestellt werden.

Prozentuale
Häufigkeit

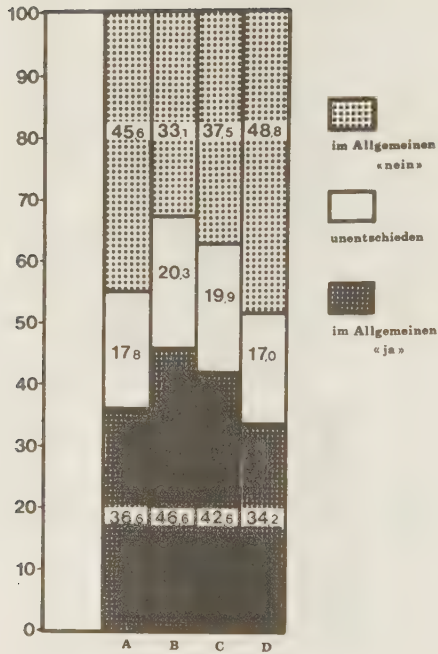


Abb. 24:

Prozentuale Häufigkeit positiver, neutraler und negativer Antworten auf die Frage:
Meiner Meinung nach besteht die Forderung von juristischer Seite nach der Aufklärungspflicht über Befund, Therapie und Prognose zu Recht:

für die Kollektive:

- (A) alle Ärzte
- (B) weniger als 5 Jahre praktizierende Ärzte
- (C) zwischen 5 und 10 Jahre praktizierende Ärzte
- (D) über 10 Jahre praktizierende Ärzte

getrennt.

Prozentuale
Häufigkeit

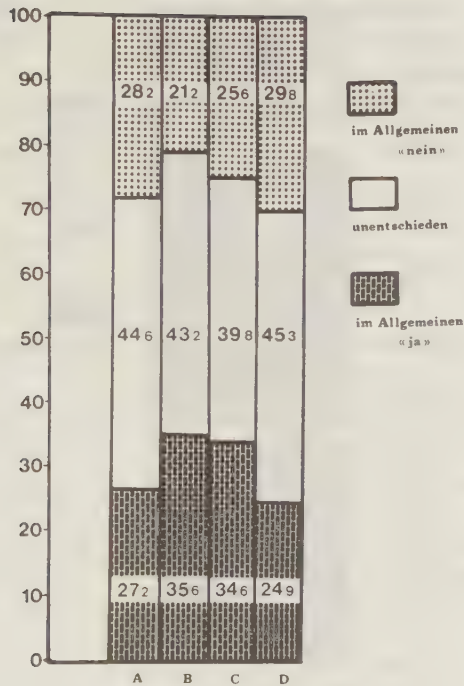


Abb. 25:

Prozentuale Anteile zustimmender, neutraler und ablehnender Antworten auf die Frage:

Die Aufklärungspflicht sollte beibehalten werden:

für die Kollektive:

- (A) alle Ärzte
- (B) weniger als 5 Jahre praktizierende Ärzte
- (C) zwischen 5 und 10 Jahre praktizierende Ärzte
- (D) über 10 Jahre praktizierende Ärzte

getrennt.

Prozentuale
Häufigkeit

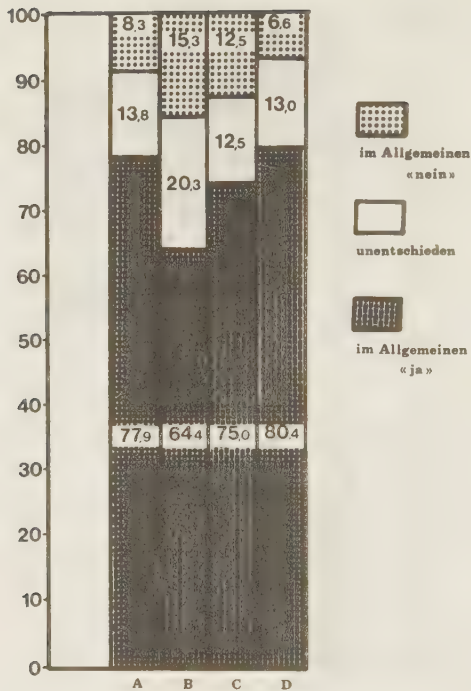


Abb. 26:

Graphische Darstellung prozentualer Anteile positiver, neutraler und negativer Antworten auf die Frage:

Die Aufklärungspflicht sollte ganz in das Ermessen des Arztes gestellt werden:
für die Kollektive:

- (A) alle Ärzte
- (B) weniger als 5 Jahre praktizierende Ärzte
- (C) zwischen 5 und 10 Jahre praktizierende Ärzte
- (D) über 10 Jahre praktizierende Ärzte

getrennt.

VI. SCHRIFTTUM

Arzneimittelkommission
der Deutschen Ärzteschaft

V. BAEYER, W.

BALINT, M.

BAUER, K.H.

BAUMANN, J.

BERENSMANN, KRAPP
RIEGER, WINTER

BOCKELMANN, P.

BÖSCHE, J.

BORST, M.

Arzneiverordnungen
Deutscher Ärzteverlag, Köln, 1971

Wieweit muß der Kranke über das Risiko ärztlicher Eingriffe (Elektroschockbehandlung) unterrichtet werden?
in: Medizinische Welt, 1955, S. 168 ff.

Der Arzt, sein Patient und die Krankheit
Fischer Bücherei, Frankfurt, Hamburg, 1970

Aktuelle Rechtsfragen in der Chirurgie
in: Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 298, S. 281 ff.

Zur ärztlichen Aufklärungspflicht aus der Erfahrung eines Chirurgen
in: Offene Fragen zwischen Ärzten und Juristen, Studien und Berichte der Katholischen Akademie, Heft 20, Würzburg, 1963

Körperverletzung oder Freiheitsdelikt?
in: NJW 1958, S. 2092

Die ärztliche Aufklärungspflicht
Eine Darstellung aus ärztlicher, juristischer und theologischer Sicht,
Sonderdruck aus dem Ärzteblatt für Baden-Württemberg, Heft 4, 1963

Rechtliche Grundlagen und rechtliche Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht
in: NJW 1961, S. 945 ff.

Rechtsfragen in der Chirurgie
in: Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 298, S. 852 ff.

Beratungen der Großen Strafrechtskommission,
Niederschrift Bd. 7, S. 189 ff.

Strafrecht des Arztes
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1968

Zur Aufklärungspflicht des Arztes bei operativen Eingriffen
in: Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen 1964, S. 222 ff.

Das Idealbild des Arztes.
Vortrag vor der Internat. Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen in Budapest, z.T. im Ärzteblatt für Mitteldeutschland Nr. 10 (1938)

- BREITNER, B. "primum nil nocere".
Festvortrag auf dem internationalen Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer, Davos, 1956
- BUCHER, E. Die Ausübung der Persönlichkeitsrechte, insbesondere die Persönlichkeitsrechte als Schranken der ärztlichen Tätigkeit,
Zürich, 1956
- CREMER, J. Grundlagen der ärztlichen Rechts- und Berufskunde,
Stuttgart, 1962
- DALLINGER, W. Aus der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Strafsachen
in: MDR 1953, S. 721 ff.
- DENEKE, V. Schweigepflicht und Aufklärungspflicht des Arztes.
in: Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen 1964, S. 2091 ff.
- ENGISCH, K. Die rechtliche Bedeutung der ärztlichen Operation.
in: STICH-BAUER, Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen, Bd. II, S. 1251 ff.
Ärztlicher Eingriff zu Heilzwecken und Einwilligung
in: ZStW Bd. 59, 1939, S. 11 ff.
Die rechtliche Beurteilung des ärztlichen Eingriffs unter besonderer Berücksichtigung des Suicidpatienten
in: Heidelberger Jahrbücher 1960, S. 47 ff.
- ERMAN, W. Handkommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch,
4. Aufl., 1. Bd., Münster 1967
- FINZEN, A. Arzt, Patient und Gesellschaft.
Medizin in Geschichte und Kultur Bd. 10
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
- FRIEDRICH, M. Der Jurist und die Aufklärungspflicht vor der Schockbehandlung
in: Medizinische Klinik 1955, S. 774 ff.
- FUCHS, W. Todesbilder in der modernen Gesellschaft
Suhrkamp-Verlag, Frankfurt, 1969
- GEILEN, G. Einwilligung und ärztliche Aufklärungspflicht,
Bielefeld, 1963
Rechtsfragen der ärztlichen Aufklärungspflicht.
in: MERGEN, Die juristische Problematik in der Medizin Bd. II
Goldmann Verlag, München, 1971
- GÖPPINGER, H. Die Aufklärung und Einwilligung bei der ärztlichen besonders der psychiatrischen Behandlung
in: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, Heft 2, 1956, S. 53 ff.

- GOFFMANN, E. Interaktionsrituale - Über Verhalten in direkter Kommunikation
Suhrkamp-Verlag, Frankfurt, 1971
- GOSTOMZYK, J.G. Die Aufklärungspflicht aus der Sicht des Arztes
Manuskript des Habilitationsvortrages 1972
- GOSTOMZYK, J.G. Die Aufklärungspflicht aus ärztlicher Sicht.
in: Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen, 1973, S. 25 ff.
- HESS, G. Die Aufklärungspflicht des Arztes
in: ZStW Bd. 73, 1961, S. 5 ff.
- LEITHOFF, H. Heilbehandlung und ärztliche Aufklärungspflicht
in: Arzt und Recht, Medizinisch-juristische Grenzprobleme unserer Zeit
Verlag C.H. Beck, München, 1966, S. 125 ff.
- GRÜNWALD, G. Die Entbehrlichkeit der Einwilligung und Aufklärung bei Heilbehandlungen nach dem Strafgesetzbuch-Entwurf 1962, Heidelberg, 1965
- HAGEDORN, M. Ärztliche Aufklärungspflicht aus medizinischer Sicht
in: MERGEN, Die juristische Problematik in der Medizin, Bd. II
Goldmann Verlag, München, 1971
- HALLERMANN, W. Zur Aufklärungspflicht, insbesondere bei pauschaler Einwilligung des Patienten
in: Medizinische Klinik, 1964, S. 1071 ff.
- HANACK
- HANSEN, F. Ärztliches Handeln - rechtliche Pflichten in der DDR
VETTERLEIN, H. Leipzig, 1962, S. 62
- HENKEL Die Haftpflicht des Arztes
in: Vers.R. 1953, S. 303 ff.
- HEROLD, G. Probleme der ärztlichen Aufklärungspflicht
Teil I
in: Medizinische Klinik, 1961, S. 2134 ff.
Teil II
in: Medizinische Klinik, 1961, S. 2176 ff.
Teil III
in: Medizinische Klinik, 1961, S. 2215 ff.
- Strafrechtliche Bewertung des ärztlichen Heileingriffs
in: Medizinische Klinik, 1959, S. 1936 ff.
- HINDERLING, H. Die ärztliche Aufklärungspflicht
Baseler Studien zur Rechtswissenschaft, Heft 66, Basel 1966

- HOLLMANN, A. Aufklärungspflicht des Arztes unter besonderer Berücksichtigung der Neurochirurgie
Diss., Würzburg, 1969
- JAENECKE, J. Antikoagulantien- und Fibrinolysetherapie
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971
- JANSSEN, H. J. Die Haftpflicht des Arztes
in: Handbuch für den Bayerischen Arzt - Arztrecht -
Verlag: Bayerische Landesärztekammer, München
- JASPERS, K. Die Idee des Arztes und ihre Erneuerung
in: Hippokrates, der wahre Arzt, 2. Aufl.
Zürich, Stuttgart, 1963
- JORES, A. Die Medizin in der Krise unserer Zeit
Huber-Verlag, Bern, Stuttgart, 1961
- JUNGHANNS, H. Die Aufklärungspflicht des Arztes
in: Die Aufklärungspflicht des Arztes, Köln,
Berlin, 1962, S. 59 ff.
- KAUFMANN, A. Die eigenmächtige Heilbehandlung
in: ZStW. Bd. 73, 1961, S. 341 ff.
- KAUTZKY, R. Ärztliche Wahrheitspflicht und Lüge,
Sonderdruck aus die Medizinische Welt Nr. 20,
1965, S. 1130 ff.
- KIERSKI, W. S. Rechtsprechung und ärztliche Aufklärungspflicht
in: Medizinische Klinik, 1959, S. 152 ff.
- KLEINNEWEFERS, H. Die Aufklärungspflicht des Arztes und die Rechts-
folgen ihrer Verletzung
in: VersR. 1962, S. 197 ff.
- Die Aufklärungspflicht des Arztes unter Berück-
sichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichts-
hofs
in: VersR. 1962, S. 33 ff.
- Die Aufklärungspflicht des Arztes unter Berück-
sichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichts-
hofs
in: Offene Fragen zwischen Ärzten und Juristen,
Heft 20, Würzburg, 1962, S. 13 ff.
- Umfang und Grenzen der Aufklärungspflicht des
Patienten über ärztliche Maßnahmen und ihre Fol-
gen
in: Die Aufklärungspflicht des Arztes, Köln,
Berlin, 1962, S. 33 ff.
- Zum Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Patient,
Bemerkungen zu neuen BGH-Entscheidungen
in: VersR. 1963, S. 297 ff.

- KLEINKNECHT, T. Arzt und Patient - rechtlich gesehen
in: Medizinische Klinik, 1963, S. 772 ff.
- KOFFKA, E. Empfiehlt es sich, daß der Gesetzgeber die Frage
der ärztlichen Aufklärungspflicht regelt?
Verhandlungen des 44. Deutschen Juristentages
in Hannover 1962, Bd. II F, 4. Abt., Tübingen
1964
- KOHLHAAS, M. Zur Einwilligung Minderjähriger in ärztlich indi-
zierte Eingriffe
in: Dt. med. WSchr. 1968, S. 2088 ff.
- Zur gesteigerten Aufklärungspflicht des Arztes
bei nicht dringend lebenserhaltenden Eingriffen
in: Dt. med. WSchr. 1968, S. 2233 f.
- Medizin und Recht
Verlag Urban & Schwarzenberg, München,
Berlin, Wien, 1969
- KÜBLER-ROSS, E. On Death and Dying
The Macmillan Company, New York,
New York; Collier-Macmillan LTD, London,
Seventh Printing, 1971
- KUSCHINSKY, G. Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie
LÜLLMANN, H. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970
- LANGE, R. Aktuelle Probleme der strafrechtlichen Verant-
wortlichkeit des Arztes.
6. Psychiatertagung des Landschaftsverbandes
Rheinland, 1964
- LEMBERGER, U. Einwilligung des Patienten zu ärztlichen Eingriffen
in: Medizinische Klinik, 1969, S. 127 ff.
- LIPPROSS, O. Medizin und Heilerfolg
Fischer Bücherei, Frankfurt, Hamburg, 1971
- LOEBERT, L. Kenntnisse des Diabetikers über seine Krankheit
in: Dt. Med. WSchr. 1972, S. 1055 ff.
- LOELIGER, E.A. Der holländische Thrombosedienst und seine
Probleme
in: Z. ges. inn. Med. 21 (1966) S. 210 ff.
- MANN, T. Adel des Geistes,
Frankfurt/M., 1960
- MARTIN, L. Empfiehlt sich eine gesetzliche Regelung der
Fragen der ärztlichen Aufklärungspflicht?
in: Dt. RiZ, 1962, S. 297 ff.
- MIKOREY, M. Der Arzt und die letzten Dinge
in: Medizinische Klinik, 1955, S. 954 ff.

- MILLER, J. Der Arzt vor Kranken mit infauster Prognose
in: Medizinische Klinik 1955, S. 961
- MÜLLER-OSTEN, W. Chirurg und Haftpflicht
in: Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie
Bd. 298, S. 903 ff.
- NEIDHARDT, K. Behandlungsrecht des Arztes und ärztliche Auf-
klärungspflicht in der Sicht des Arztes und des
Juristen
in: NJW 1956, S. 1097 ff.
- NISSSEN, HELLNER, VOSSSCHULTE Lehrbuch der Chirurgie
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970
- NISSSEN, R. Die Verantwortung des Arztes
in: Mensch und Erde, Akademische Vorträge an
der Universität Basel, Basel, Stuttgart, 1962
- PALANDT Bürgerliches Gesetzbuch, 27. Aufl.
München, 1968
- PÄSSLER Ärztliche Gesichtspunkte zur Aufklärungspflicht
des Chirurgen
Sonderdruck aus Medizinische Welt 1964, S. 717 ff.
- PERRET, W. Arzthaftpflicht
München, Berlin, 1956
Über das Ausmaß der Aufklärungspflicht des
Arztes bei Krebserkrankung.
in: Medizinische Klinik, 1959, S. 138 ff.
Aufklärungspflicht des Arztes bei Krebs
in: Medizinische Klinik, 1960, S. 1205 ff.
Allgemeines und Spezielles zur Aufklärungspflicht
am Beispiel der postoperativen Facialisparese.
in: Medizinische Klinik 1963, S. 785 ff.
Besteht eine Aufklärungspflicht des Arztes gegen-
über einem Kranken über mögliche Infiltrate oder
Abscesse nach Einspritzung von Irgapyrin?
in: Medizinische Klinik, 1958, S. 1794 ff.
- PETERSEN, P. Die Haftung des Arztes in der Rechtsprechung
des Bundesgerichtshofs
in: Dt. RiZ 1962, S. 233 ff.
- PIEPER, E. Der Arzt. Einführung in die ärztlichen Berufs-
und Standesfragen
Verlag von J.F. Bergmann, Wiesbaden, 1906
- PONSOLD Lehrbuch der gerichtlichen Medizin einschließlich
der Rechts- und Versicherungsmedizin
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1957

- RADBRUCH, G. Der Mensch im Recht.
Verlag Vandenhoeck und Ruprecht,
Göttingen, 1961
- REIFFERSCHIEDT, M. Chirurgie, ein kurzgefaßtes Lehrbuch
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970
- RIEGER, H. J. Der rechtsphilosophische Hintergrund der Recht-
sprechung des Bundesgerichtshofs zur ärztlichen
Aufklärungspflicht.
Sonderdruck aus Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche
Mitteilungen, 1964, S. 155 ff.
- Zur ärztlichen Aufklärungspflicht bei unsicherer
Diagnose.
in: Die Medizinische Welt, 1964, S. 2813 ff.
- ROEMER, H. Die ärztliche Aufklärungspflicht vom Standpunkt
und aus der Erfahrung des Arztes.
in: Schriftenreihe der Jur. StudGes. Karlsruhe,
Heft 50/51
- Zur Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber
Krebskranken.
in: Juristenzeitung (1960) S. 137 ff.
- ROOS, J. Organisation und Erfahrungen des holländischen
Thrombosedienstes.
in: Z. ges. inn. Med. 21 (1966) S. 212 ff.
- RUDOLF, W. Zwei Grundsatzurteile von medizinischen Interesse.
in: Medizinische Klinik, 1955, S. 503 ff.
- RUFFIN Wieweit muß der Kranke über das Risiko ärztlicher
Eingriffe (Elektroschockbehandlung) unterrichtet
werden?
in: Medizinische Klinik, 1955, S. 204 ff.
- SCHEICHER, A. Praktische Beispiele zur Frage der Aufklärungs-
pflicht aus den Erfahrungen eines Chirurgen.
in: Offene Fragen zwischen Ärzten und Juristen,
Heft 20, Würzburg, 1963
- SCHELER, M. Tod und Fortleben. Schriften aus dem Nachlaß,
herausgegeben von Maria Scheler, 2. Aufl., 1957
- SCHETTLER, G. Innere Medizin, ein kurzgefaßtes Lehrbuch
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970
- SCHMIDT, E. Der Arzt im Strafrecht
Leipzig, 1939
- Empfiehlt es sich, daß der Gesetzgeber die Frage
der ärztlichen Aufklärungspflicht regelt?
Gutachten für den 44. Dt. Juristentag in Hannover
1962

- SCHRÖDER, H. Eigenmächtige Heilbehandlung im geltenden Strafrecht und im StGB-Entwurf 1960
in: NJW 1961, S. 951 ff.
- SCHULZ, G. Zur Entwicklung des Arztrechts
in: Medizinische Klinik 1966, S. 1965
- SCHWALM, G. Die strafrechtliche Bedeutung der ärztlichen Aufklärungspflicht
in: MDR 1960, S. 722 ff.
- 16 Thesen zur Einwilligung in Heilbehandlungen und zur ärztlichen Aufklärungspflicht
in: Festschrift für Eb. Schmidt zum 70. Geburtstag, 1961, S. 373 ff.
- Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht aus der Sicht der Juristen.
in: Schriftenreihe der Jur. StudGes. Karlsruhe, 1961, Heft 50/51
- Gesetzliche Regelung der ärztlichen Aufklärungspflicht
in: MDR 1962, S. 689 ff.
- SPANN, W. Ärztliche Rechts- und Standeskunde
Lehmanns-Verlag, München, 1962
- STAMM, H. Die Grundlagen ärztlicher Aufklärungspflicht
in: Therapie der Gegenwart, 1965, S. 78 ff.
- STAUDER, K.H. Wieweit muß der Kranke über das Risiko ärztlicher Eingriffe (Elektroschockbehandlung) unterrichtet werden?
in: Medizinische Klinik, 1955, S. 168
- STEINDORFF, E. Aufklärungs- und Fürsorgepflicht des Arztes
Sonderdruck aus Therapiewoche 1961, Heft 11, 12
- Zur Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber Krebskranken
in: JZ 1960, S. 139 ff.
- THIELICKE Das Problem der Notlüge, insofern sie durch die Absicht der Schonung bedingt ist: Die Wahrhaftigkeit des Arztes
in: Theologische Ethik, II. Bd., Tübingen, 1955
- UHLENBRUCK, W. Beweisfragen im ärztlichen Haftungsprozeß
in: NJW, 1965, S. 1057 ff.
- Der Beweis im Arzthaftungspflichtprozeß
in: Arztrecht 1968, S. 99-103, 115-119
- Der Einwilligungsberechtigten bei ärztlichen Eingriffen an Kindern
in: Medizinische Klinik 1970, S. 414 ff.

WAIDL, E.

Die Grenzen ärztlicher Aufklärungspflicht
in: Münchener Medizinische Wochenschrift 1961,
S. 1832 ff.

V. WEIZÄCKER, V.

Über Rechtsneurosen

in: Der Nervenarzt, 1929, Heft 10

Der Gestaltkreis, Stuttgart, 1947

Menschenführung, Göttingen, 1955

Soziale Krankheit und soziale Gesundung,
Göttingen, 1956

LEBENS LAUF

Ich bin am 4.5.1946 als ältestes von 5 Kindern der Eheleute Dr. Anton Heß und Margarete geb. Loenartz in Koblenz geboren. Ich besuchte die Volksschulen in Koblenz und Cochem/Mosel, danach das Gymnasium in Cochem und Gaibach, wo ich 1967 mein Abitur bestand.

Seit dem Wintersemester 1967/68 studierte ich in Mainz Humanmedizin und legte dort 1973 mein Examen ab. Medizinalassistent war ich 4 Monate in der Chirurgischen Universitätsklinik Mainz und 8 Monate in der II. Medizinischen Klinik Mainz. Zum 30. September habe ich die Approbation als Arzt erhalten. Seit dem 1. Oktober 1974 bin ich als wissenschaftlicher Assistent in der II. Medizinischen Klinik tätig.

